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

ANALICE PINTO BRAGA

MARCOLINO GOMES CANDAU E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DURANTE A GUERRA FRIA (1953-1973): UM ATOR BRASILEIRO NA CONSOLIDAÇÃO DA AUTORIDADE SANITÁRIA GLOBAL

Rio de Janeiro
2023

ANALICE PINTO BRAGA

MARCOLINO GOMES CANDAU E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DURANTE A GUERRA FRIA (1953-1973): UM ATOR BRASILEIRO NA CONSOLIDAÇÃO DA AUTORIDADE SANITÁRIA GLOBAL

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

Orientador: Prof. Dr. Marcos Cueto

Rio de Janeiro

2023

ANALICE PINTO BRAGA

Marcolino Gomes Candau e a Organização Mundial da Saúde durante a Guerra Fria (1953-1973): um ator brasileiro na consolidação da autoridade sanitária global

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

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marcos Cueto Caballero
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz - Orientador

---

Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz

---

Dr. Gabriel Lopes
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz

---

Dr. Paloma Porto Silva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou – IRR/Fiocruz Minas

---

Dr. Eduardo de Azeredo Costa
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

Dr. Rodrigo Cesar da Silva Magalhães
Colégio Pedro II

Suplentes:

Dr. Rômulo de Paula Andrade
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz

Dr. Eliza da Silva Vianna
Instituto Federal de Alagoas

Rio de Janeiro
2023

B813m Braga, Analice Pinto.
Marcolino Gomes Candau e a Organização Mundial da Saúde durante a Guerra Fria (1953-1973) : um ator brasileiro na consolidação da autoridade sanitária global / Analice Pinto Braga. – Rio de Janeiro, 2023.
244 f. : il.

Orientador: Marcos Cueto.
Tese (Doutorado Acadêmico em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz.
Bibliografia: f. 221-244.

1. Cooperação Internacional. 2. Agências Internacionais.
1. Guerra. 4. História do Século XX. 6. Brasil.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Responsável pela Ficha Catalográfica: Marise Terra - CRB-6-351

À memória de Marcolino Gomes Candau

AGRADECIMENTOS

Como já era de se esperar, o trabalho foi bastante angustiante em alguns momentos, porém muito prazeroso em outros e, às vezes, demoramos para entender isso. Há algumas pessoas que contribuem muito para melhor compreensão deste processo de aprendizagem e escrita, que exige tempo e muita dedicação. Mencioná-las na tese é uma maneiras de deixar meu agradecimento, fazendo com que o nome delas, uma vez registrado, não seja esquecido.

Porém, como qualquer pesquisador que reflete demais sobre cada palavra que escreve, para mim, registrar os próprios agradecimentos trazem dificuldade. Não porque seja difícil dizer a quem sou grata, mas a forma de dizer, portanto, de antemão, já me escuso caso esqueça alguém ou caso o agradecimento não esteja à altura do merecido.

Assim, começo por quem tem um lugar especial e único em nossas vidas: meus pais. Tenho certeza de que minha mãe, Fátima, e meu pai, Mário, estão muito orgulhosos e felizes com esta conquista, porque eles nunca me deixaram duvidar de que valorizavam meu esforço. Agradeço imensamente aos dois por terem me apoiado sempre nesta caminhada acadêmica.

Agradeço a Eduardo Costa, médico sanitarista e epidemiologista, que me apresentou Marcolino Candau e comentou sobre a necessidade de mais pesquisas sobre sua atuação e incentivou-me desde o início a ir à Genebra para pesquisar no Arquivo da OMS. Sem a ideia inicial de Eduardo, esta tese não existiria.

Agradeço a meu orientador, Marcos Cueto, que gostou do projeto proposto desde o início, confiou muito em meu trabalho e deu total liberdade para eu desenvolver minha pesquisa, além de ter ajudado muito na indicação de pessoas nos Arquivos consultados.

Agradeço também meus colegas de doutorado do Programa de História das Ciências e da Saúde, em especial Roberta Cerqueira, Ramon, Diego, Adnê e Mateus, por todo apoio na caminhada, pelos momentos de diversão, pelos ensinamentos acadêmicos e de vida. Foi muito bacana acompanhar a trajetória de cada um de vocês. Agradeço ao Gabriel Lopes, pesquisador na Casa de Oswaldo Cruz, que também contribuiu para com minhas reflexões sobre o objeto de pesquisa.

Agradeço muito aos professores do Programa, em especial Carlos Henrique Assunção Paiva – que fez ótimas observações em minha banca de qualificação e defesa – , Luiz Otávio Ferreira e Nara Azevedo, que abriram meu olhar para entender melhor a disciplina História e Gilberto Hochman, que me trouxe reflexões importantes sobre a tese.

Agradeço à CAPES[1] por haver concedido a bolsa de doutorado sanduiche, sem a qual o período de nove meses no exterior não teria sido possível. A ida para a Genebra foi de inestimável valia para a redação desta tese, não somente por ter permitido acesso às fontes essenciais ao meu trabalho nos Arquivos da Organização Mundial da Saúde, por ter concedido a oportunidade de frequentar e utilizar os espaços maravilhosos do Graduate Institute (*Institut des Hautes Études Internationales et du Dévelopement*), mas, sobretudo, por ter permitido que eu encontrasse com o Sr. René Moser e pudesse receber a doação de um conjunto de documentos de Marcolino Candau que, agora, enriquecem o Fundo Marcolino Candau no Centro de Documentação em História da Saúde (CDHS), na Fiocruz.

Agradeço imensamente ao filho de Marcolino Candau, Marcos Candau, pelo tempo e atenção disponibilizados em diversos momentos que eu o consultava a respeito do seu pai e por ter aceitado doar os documentos de Candau para a Casa de Oswaldo Cruz.

Agradeço também as pessoas da biblioteca e do Arquivo do CDHS que foram incansáveis em me apoiar de diversas maneiras, desde digitalizando um livro completo no período da pandemia à concessão de grande liberdade para consultar os documentos de Candau em horários flexíveis e permitindo uso da sala dos próprios funcionários para meu trabalho: assim, agradeço Felipe Vieira, Bianca Rezende, Natacha Reis e Rachel Azevedo.

Agradeço a meu companheiro, Alexandre, que permaneceu comigo mesmo quando comuniquei, logo depois que nos conhecemos, que iria passar oito meses (que se transforaram em nove) em Genebra. Era um alento chegar em casa e contar com sua companhia para relaxar um pouco nos inúmeros finais de semana, e mesmo dias de semana, de longas horas de trabalho na tese.

Por fim, agradeço à Claudia Franco de Araújo, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), que tem grande conhecimento em paleografia e auxiliou-me na leitura da identificação de uma das imagens usada na tese

[1] Financial Code 001. Edital nº41/2017 – Programa de Internacionalização CAPES PrInt

RESUMO

Durante a Guerra Fria, a Organização das Nações Unidas (ONU) desempenhou um papel importante nas relações internacionais, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) emergiu como uma agência especializada fundamental em 1948. No entanto, pouco se estudou sobre a atuação da OMS e seu segundo Diretor-geral, Marcolino Gomes Candau, nesse contexto. Esta tese apresenta uma análise da condução de Candau, destacando suas ações e posicionamento diante das disputas dentro da Organização a respeito de diferentes assuntos. Candau, médico brasileiro, ascendeu rapidamente em sua carreira, tendo atuado na saúde pública no estado do Rio de Janeiro e passado por um período de formação nos Estados Unidos. Ocupou o cargo de Diretor-geral assistente na OMS e no Escritório Sanitário Pan-Americano antes de assumir a Direção-geral da OMS, na qual ficou por vinte anos, de 1953 a 1973. Durante sua gestão, Candau liderou as campanhas de erradicação da malária e da varíola, deu destaque ao investimento em pesquisa médica, às ações de planejamento familiar, aos esforços de formação e treinamento de profissional e ao desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde. Esta tese coloca Candau como um importante intermediário da mudança da saúde internacional para a saúde global e para a consolidação da OMS como uma autoridade sanitária por suas contribuições para projetar a OMS no cenário internacional, atrair novos Estados-membros, envolver outros atores, como fundações e instituições de pesquisa e formação, e passar a investir em outros campos na saúde, para além da erradicação de doenças. A pesquisa baseou-se na análise de fontes primárias, como atas, relatórios, memorandos, diários e documentos dos arquivos da OMS, Fundação Rockefeller e arquivo pessoal de Candau, para apresentar a concepção de Candau a respeito da saúde e das ações que julgava necessárias para melhorar a situação dos países, e refletir sobre sua habilidade para equilibrar os debates e pautar as temáticas no momento mais adequado.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde; Marcolino Candau; Guerra Fria; Saúde Global; Saúde Internacional.

ABSTRACT

During the Cold War, the United Nations (UN) played an important role in international relations, and the World Health Organization (WHO) emerged as a crucial specialized agency. However, little has been studied about the performance of the WHO and its Director-General, Marcolino Gomes Candau, in this context. This thesis presents an analysis of Candau's leadership, highlighting his actions and attitude in the face of disputes within the Organization regarding various issues. Candau, a Brazilian physician, rapidly rose in his career, having worked in public health in the state of Rio de Janeiro and undergone a period of training in the United States. He held the position of Assistant Director-General at the WHO and the Pan American Sanitary Bureau before assuming the Director-General role at the WHO, where he served for twenty years from 1953 to 1973. During his tenure, Candau led campaigns to eradicate malaria and smallpox, emphasized investment in medical research, promoted family planning initiatives, prioritized professional training and development, and supported the development of national health services. This thesis positions Candau as a significant intermediary in the shift from international health to global health and in the consolidation of the WHO as a health authority due to his contributions in projecting the WHO on the international stage, attracting new member states, engaging other actors such as foundations and research and training institutions, and expanding investments into other areas of health beyond disease eradication. The research was based on the analysis of primary sources, such as minutes, reports, memoranda, diaries, and documents from the WHO, Rockefeller Foundation, and Candau's personal archive, to present Candau's conception of health and the actions he deemed necessary to improve the situation in countries, and to reflect on his ability to balance debates and set the agenda at the most appropriate times.

Keywords: World Health Organization; Marcolino Candau; Cold War; Global Health; International Health

Lista de imagens

Figura 1: Foto de Candau com colegas de formação. Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 1931 ..... **38**

Figura 2: Rascunho do número de votos nas rodadas de votação para Diretor-geral da OMS **55**

Figura 3: Trecho do diário de Candau em que fala de Soper **70**

Figura 4: Sumário do Report of the Preliminary Findings and Recommendations do Painel de Especialistas em Malária da ICA. **100**

Figura 5: Anotações de Candau sobre pontos a serem abordados em curso de treinamento **159**

Figura 6: Retrato de Marcolino Gomes Candau **221**

Lista de siglas

AGNU – Assembleia Geral das Nações Unidas
AMRO – *Regional Office for the Americas*
AMS – Assembleia Mundial da Saúde
APHA – *American Public Health Association*
CDC – *Center for Disease Control*
CDHS – Centro de Documentação em História da Saúde
DGSP – Diretoria-geral de Saúde Pública
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EMRO – *Regional Office for the Eastern Mediterranean*
EB – *Executive Board*
FMI – Fundo Monetário Internacional
IAIA – Instituto de Assuntos Interamericanos
IARC – *International Agency for Research in Cancer*
ICA – *International Cooperation Agency*
IHD – *International Health Division*
MEP – *Malaria Eradication Program*
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
NIH – *National Institutes of Health*
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OR – *Official Records*
PASO – *Pan-American Sanitary Organization*
SCFA – Serviço Cooperativo de Febre Amarela
SEARO – *Regional Office for the South-East Asia*
SEMTA – Serviço Especial de Mobilização dos Trabalhadores para a Amazônia
SEP – *Smallpox Eradication Program*
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SMNE – Serviço de Malária do Nordeste
UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
UNFPA – *United Nations Population Fund*

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

UNRRA – *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*

USAID – *United States Agency for International Development*

USPHS – *United States Public Health Service*

WHA – *World Health Assembly*

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

O CONTEXTO DO PERÍODO DE SUA FORMAÇÃO 20
O CONTEXTO DOS TRABALHOS INICIAIS 25
JUSTIFICATIVA 30
AS FONTES DE PESQUISA 32
A ESTRUTURA DA TESE 35

CAPÍTULO 1 37

1. MARCOLINO GOMES CANDAU: ORIGEM, FORMAÇÃO E O INÍCIO DE SUA CARREIRA INTERNACIONAL 37

1.1 DADOS BIOGRÁFICOS DE CANDAU E O INÍCIO DE SUA CARREIRA PROFISSIONAL 37
1.2 OS PRIMÓRDIOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: CONTEXTO, ATORES E ARTICULAÇÕES DE SUA CRIAÇÃO (1948-1953) 48
1.3 A ELEIÇÃO DE CANDAU 54
1.4 OS ESCRITÓRIOS REGIONAIS, O CASO DA OPAS 62
1.5 OS PRIMEIROS ANOS À FRENTE DA OMS (1953-1958) 66
1.6 CANDAU E FRED SOPER 69

CAPÍTULO 2 74

2. LIÇÕES E LEGADO: A CAMPANHA DA OMS DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (1955-1965) 74

2.1 A CORRIDA CONTRA A MALÁRIA: ANTECEDENTES, MÉTODOS E JUSTIFICATIVA 75
2.2 AS DIFICULDADES DOS PRIMEIROS ANOS DE CAMPANHA E A META INALCANÇADA EM UMA DÉCADA DE ATIVIDADES 84
2.3 A OMS E AS RELAÇÕES COMPLICADAS COM ALGUMAS INSTITUIÇÕES E INDÚSTRIAS ESTADUNIDENSES 97
2.4 A BUSCA POR TERAPIAS COMPLEMENTARES AO USO DO DDT 102
2.5 A VIRADA: A CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA PERDE SEU RITMO 107

CAPÍTULO 3 119

3. CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA: DO INÍCIO DESCENTRALIZADO AO SUCESSO TOTAL 119

3.1 A VARÍOLA NO RADAR: AS PRIMEIRAS MOVIMENTAÇÕES PARA O CONTROLE MUNDIAL DA DOENÇA 119
3.2 O INÍCIO "*DE JURE*" DA CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO 125
3.3 O TÍMIDO INTERESSE E O INÍCIO DAS AÇÕES *DE FACTO* 132
3.4 BRASIL: UM DOS CASOS COMPLICADOS DA CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA 139
3.5 O QUE DEPREENDER DA ANÁLISE DA CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA? 143

CAPÍTULO 4 150

4. OUTROS TEMAS DE IMPORTÂNCIA NA OMS 150

4.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A BASE PARA A CONSTRUÇÃO DOS SERVIÇOS NACIONAIS DE SAÚDE. 150
4.2 O DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS GERAIS NACIONAIS DE SAÚDE: UMA PAUTA DEFENDIDA NO PLANO DE FUNDO 164

4.3 Os serviços nacionais de saúde: concepções de planejamento e mudanças epidemiológicas 169
4.4 O investimento em pesquisa 174
4.4.1 A pesquisa em câncer . .. 184
4.4.2 O uso da energia atômica na saúde . .. 185
4.5 Planejamento Familiar 187
4.6 A diversificação da agenda ao longo dos anos 198

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO 202

5. O LEGADO DE CANDAU 202

5.1 Candau, as campanhas de erradicação e demais Programas 202
5.2 Candau e seu sutil posicionamento político: a valorizada isenção na Guerra Fria 206
5.3 A OMS como um lugar de coordenação de políticas e indução de temáticas: o papel de Candau nessa intermediação 214
5.4 Considerações sobre a tese 219

ANEXO I– ALGUMAS PERCEPÇÕES SOBRE CANDAU 222

REFERENCIAS 224

Fontes – Documentos do acervo pessoal de Candau 224
Fontes oficiais da OMS – Arquivo da OMS 229
Outras fontes 236
Referências bibliográficas 238

INTRODUÇÃO

Esta tese vai apresentar ao leitor uma parte da trajetória de Marcolino Candau, especialmente o período em que esteve como Diretor-geral da OMS, entre 1953 e 1973. Candau é a figura de destaque da tese, por considerar que sua trajetória apresenta características que o permitem vê-lo como um ator que teve importante papel na passagem da saúde internacional para a saúde global, como intermediador e articulador de temas e atores ao longo da Guerra Fria, assim como intermediador das expectativas dos países em desenvolvimento (chamadas nessa época "subdesenvolvidos", um temo que usarei nesta tese) e as nações industrializadas, contribuindo para a estruturação e fortalecimento da OMS neste cenário.

A própria autora desta tese desconhecia a existência de Marcolino Gomes Candau até 2017, quando o médico sanitarista Eduardo Costa, com quem trabalhava na Escola Nacional de Saúde Pública, comentou que eu deveria fazer um doutorado e que, considerando minha formação em Relações Internacionais e meu interesse pelas questões de cooperação internacional em saúde, recomendou que eu escrevesse sobre uma figura importante para a OMS e, assim, apresentou-me Candau. Eduardo Costa apontou que o brasileiro era pouco conhecido e que havia muito a ser explorado a seu respeito, e tinha razão.

A partir da metade de 2017 comecei a redigir meu projeto com o objetivo de "falar de Candau". Foi muito difícil conseguir informações sobre o personagem, mesmo para a escrita do projeto, sendo o texto de Cueto e Reinalda[1] um dos primeiros ao qual tive acesso e um dos melhores que fazem um resumo da vida do brasileiro com informações pontuais sobre momentos importantes do período de sua formação, sua carreira inicial, seguida por sua carreira nas organizações internacionais e mais especificamente na OMS.

Após ingressar no doutorado do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, comecei a me apropriar do campo da História, que me era estranho dado que não sou historiadora de formação, e então compreender que minha proposta era estudar especificamente o período que Candau fora Diretor-geral da OMS. Apesar de haver uma literatura importante sobre a OMS, há poucos estudos de trajetória ou biográficos a respeito dos principais personagens da saúde internacional desse período, com destaque para o trabalho de Farley sobre Brock Chisholm[2], no qual o autor nos apresenta uma análise preciosa dos principais assuntos que foram colocados à mesa no início da OMS de forma conectada com

---

1 Cueto; Reinalda, 2015.
2 Farley, 2008.

as posições de Chisholm a esse respeito, evidenciando as principais dificuldades do então Diretor-geral para fazer valer estes posicionamentos.

A literatura secundária que apoiou as análises apresentadas nesta tese inclui, sobretudo, o livro de autoria de Cueto, Fee e Brown[3], *The World Health Organization: a history*, no qual assumem uma tarefa árdua, qual seja, de apresentar a história da OMS, e atendem bem ao que se propõem. O livro faz uma análise das ações de maior destaque da Organização, a começar pelas disputas iniciais de seu estabelecimento, quando fora preciso decidir pela absorção de certas responsabilidades de outras organizações internacionais pregressas e também circunscrever seu escopo de atuação, o que exigiu a conciliação de visões distintas a respeito das ações que se considerava que a OMS deveria abarcar. O livro apresenta ainda como o entusiasmo com os avanços nas tecnologias influenciaram na perspectiva de condução das ações da saúde e permeou o debate ao longo dos anos, principalmente no que tange às campanhas de erradicação. A partir da adoção dos programas de planejamento familiar, passando pelos direitos sexuais e reprodutivos, a OMS ingressa em outro momento, no qual as tecnologias não direcionam tanto a discussão, mas os valores sociais e políticos da época, a participação de grandes fundações e outras organizações na saúde global; além das transformações econômica, que dão a cadência das ações a partir dos anos 1980.

Neste sentido, o livro de Cueto, Fee e Brown contribui para melhor entender o que estava em disputa e o papel dos atores no período em que Candau esteve como Diretor-geral da OMS. Por outro lado, os autores deram pouco destaque ao próprio Candau na condução da Organização ao longo de vinte anos e deixam passar assuntos que não ganharam os holofotes quando se fala na OMS, porém que foram muito importantes para a consolidação de seu papel e para que essa pudesse contribuir minimamente para com o desenvolvimento da saúde nos países em tempos de Guerra Fria, considerando que os interesses estavam em disputa e isso afetava grandemente o direcionamento dos países em diferentes áreas, como saúde, educação e agricultura, por exemplo. Dentre estes assuntos que não estão no livro, porém foram abordados nesta tese, estão: a pesquisa médica, a formação profissional e as discussões voltadas para os serviços nacionais de saúde.

Outro livro importante para a discussão da saúde internacional é o *The Birth of Development – How the World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization changed the World, 1945-1965*, de Amy L. S. Staples. No livro, a autora procura mostrar como o debate sobre o desenvolvimento atravessou as organizações internacionais e

[3] Cueto, Fee, Brown, 2019.

deve ser olhado como mais importante que a disputa ideológica em si, como ela apresenta na primeira página. A partir desta consideração, Staples faz uma análise do surgimento das instituições mencionadas no título, apontando a construção de ideias e políticas de desenvolvimento econômico, de modernização e assistência técnica para os países em desenvolvimento. A autora não dá, no entanto destaque às figuras responsáveis pela condução das agências e faz um apanhado das ações, mantendo o foco na discussão sobre as ideias e políticas de desenvolvimento que estavam sendo construídas[4].

Outro livro impreterível para o debate sobre a saúde internacional é *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*, de Randall Packard[5]. O autor, em sua narrativa, apresenta como, ao longo de anos, as ações internacionais em saúde foram sendo construídas a partir de diferentes perspectivas médicas, sociais e políticas, argumentando que – a despeito das perspectivas – estas ações internacionais representam, em essência, uma intervenção na vida das pessoas. O autor constrói essa análise a partir de uma profunda contextualização, destacando as relações de poder entre os atores envolvidos, e trazendo um olhar crítico sobre a dimensão da atuação destas agências internacionais. Packard aborda uma gama ampla de assuntos, abrangendo desde saúde rural do período colonial, chegando ao início dos anos 2000 com a discussão sobre a participação de grandes fundações e outras instituições na área da saúde, que atuaram direcionando abordagens e políticas.

Vale destacar também o livro *Cold War, Deadly Fevers – Malaria Eradication in Mexico, 1955-175*, de Marcos Cueto, no qual apresenta uma análise minuciosa sobre a implementação e desenvolvimento da campanha de erradicação no México, destacando o peso dos Estados Unidos na mesma, tanto dos atores governamentais, quanto das fundações privadas e das empresas, e a relação com o governo mexicano e o desenvolvimento da campanha junto à população. A narrativa é situada no contexto da Guerra Fria e o autor argumenta no sentido de mostrar como a campanha serviu de campo de batalha para a disputa ideológica. O livro proporcionou, assim, diversas reflexões a respeito do Programa de Erradicação da Malária pela OMS e sobre o papel dos Estados Unidos na mesma[6].

O livro de Steven Palmer, "Gênese da Saúde Global – a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina"[7], outra obra importante, apresenta uma análise da atuação da Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina, comparando campanhas e trazendo à

---

4 Staples, 2006.
5 Packard, 2016.
6 Cueto, 2007.
7 Palmer, 2015.

tona como o conhecimento dos profissionais da saúde dos países nos quais a Fundação desenvolveu programas, bem como o conhecimento local acerca das doenças e de processos de tratamento e cura surpreenderam os funcionários da Fundação Rockefeller e foram por estes grandemente incorporados no desenho destas campanhas. Com esta leitura, Palmer desconstruiu, de certo modo, uma leitura existente de que a Fundação Rockefeller agiu nos países da América Latina e Caribe de forma a responder puramente a uma lógica do imperialismo estadunidense e de que nestes ela executou seus programas de forma verticalizada e fechada aos possíveis aportes locais, mostrando que "a forma e o destino das missões foram, muito mais, um produto da dinâmica histórica local do que da ciência da saúde pública da Fundação Rockefeller aplicada a partir de cima"[8]. Para além disso, o autor contribuiu para se pensar como, o que é chamado "saúde global", tem suas raízes nas ações conduzidas nos países "periféricos", sobretudo na América Latina e Caribe. Com estas análises, o autor sustenta seu argumento que a atuação das organizações e fundações no cenário internacional repercutem no plano micro, qual seja, na vida das pessoas, de diferentes classes sociais e bagagem cultural, e que isso precisa ser levado em conta na construção destas ações. Palmer destaca que a remodelação ou mesmo o início da construção das ações deve ocorrer com a participação dos atores locais, evitando que o programa seja implementado de maneira imposta, descolada da realidade e sem participação da sociedade nos diversos âmbitos.

Além dos autores citados, vale mencionar o trabalho de Nancy Leys Stepan[9], *Eradication: ridding the world of diseases Forever?,* e outras obras de autores já indicados – Cueto[10] e Farley[11] – para citar alguns, que fizeram reflexões importantes sobre as organizações e fundações internacionais de saúde no século XX e trouxeram subsídios para a discussão proposta pela tese. Estes textos contribuíram para o entendimento de como a erradicação de doenças pautou por muitas décadas as ações em saúde no cenário internacional, para a compreensão das diferentes dinâmicas dessas ações de erradicação nos diversos cantos do globo e para a percepção do movimento de maior ou menor participação de um ou outro ator. A partir dessas reflexões, pôde-se melhor compreender os fatores que contribuíram para a estruturação da OMS e sua condução em meio à Guerra Fria.

Assim, esta tese, em diálogo com a literatura sobre saúde internacional, a partir da pesquisa a respeito da trajetória de Candau como Diretor-geral da OMS, traça uma análise mais

---

8 Palmer, 2015, p.27.
9 Stepan, 2019.
10 Cueto, 1995; Cueto, 2004.
11 Farley, 2004.

ampla sobre o processo de estruturação e consolidação da Organização como autoridade sanitária e joga luz sobre as mudanças pela qual passou ao longo da Guerra Fria. Esta análise foi subsidiada pela contribuição da história global, corrente historiográfica emergente do processo intensificado de globalização após a Guerra Fria – ou seja, a partir dos anos 1990 – que se debruça sobre os intercâmbios, entrelaçamentos, articulações, encontros e desencontros entre atores de culturas distintas e espaços geográficos distintos, com foco nas pessoas que transitam entre estes diversos espaços sociais, geográficos e culturais.

Um pressuposto importante para esta corrente historiográfica é que as análises históricas devem situar os fenômenos, eventos e processos em contextos globais[12]. O que nos ajuda a pensar que Candau fora um "produto" e um acontecimento de uma cadeia de movimentos internacionais e nacionais que se conectaram. O brasileiro transitou entre as várias nações e conseguiu, de certo modo, propiciar a conexão destes atores por meio da OMS, fórum no qual puderam debater ideias e propostas.

A historiografia da história global surgiu para responder às inquietações dos historiadores quanto à narrativa da história, afinal era preciso "abrir" os arquivos locais para saber o que as populações silenciadas tinham a dizer e era preciso descortinar as conexões existentes, prescindindo da ideia de um centro e de hierarquização entre atores. Sebastian Conrad aponta que a história global tem, portanto, o objetivo de superar "dois erros de nascença" das ciências sociais que as tornaram limitadas para analisar as questões do mundo globalizado. O primeiro erro está no fato de que as ciências sociais e humanas foram concebidas no seio da construção acadêmica na Europa do século XIX e assim estariam intrinsecamente conectadas à concepção de estado-nação, o que induziria a certo nacionalismo metodológico. O segundo erro está em que as disciplinas são profundamente eurocêntricas. Os conceitos construídos a partir da realidade europeia – como nação, sociedade, revolução, progresso – foram usados nas análises de outras realidades tomando-os como conceitos universais. Ademais, esse eurocentrismo contribuiu para que se criasse uma "hierarquia" nas histórias nacionais, nas quais o modelo acima era sempre o dos países desenvolvidos[13].

No caso desta tese, não houve exatamente uma busca por arquivos localizados fora do eixo estadunidense e europeu, ainda que se tenha buscado fugir de um olhar eurocêntrico quando da análise das fontes e da bibliografia. O que interessa para esta tese da história global é a perspectiva de olhar para a circulação transnacional de personagens, ideias e programas sanitários de diferentes culturas.

---

12 Conrad, 2016, p.5.
13 Ibidem.

O giro na escrita da história da saúde global é, assim, importante por permitir melhor compreender as articulações que foram feitas entre o local e o global, e, sobretudo por destacar o papel dos indivíduos como importantes atores deste processo, principalmente no contexto da Guerra Fria e intensificação da globalização. Neste sentido, esta corrente historiográfica[14] serve de referencial teórico para pensar Candau como um indivíduo que promoveu as conexões locais-globais a partir de sua atuação como Diretor-geral, articulou atores e viu aumentar a participação destes no campo da saúde, reflexão que será apresentada ao final da tese, amarrando os pontos em que o brasileiro foi esse articulador, mensageiro.

A tese não é, portanto, biográfica *stricto sensu*, pois não houve uma grande investigação a respeito das atividades de Candau anteriores à chegada à OMS, nem com relação a sua infância, seu período de formação escolar e universitária, questões familiares e outros aspectos que não são essenciais para a análise do período que esteve à frente da Organização. Contudo, a literatura a respeito da escrita biográfica e de trajetória foi importante para a reflexão a respeito de como os eventos da vida individual vão se concatenando, para refletir sobre os cruzamentos com outros indivíduos e acontecimentos nesse período de vinte anos e sobre como esses eventos podem ser entendidos em um contexto maior no qual os indivíduos se veem constrangidos pelas estruturas.

Para Bourdieu[15], não se pode apreender o que é ou falar do indivíduo sem considerar o papel que ele desempenha, o lugar que ocupa na sociedade. O autor entende que "'[c]ada sistema de disposições individuais é uma variante estrutural dos demais (…), o estilo pessoal não é senão um desvio em relação ao estilo próprio de uma época ou de uma classe'"[16], ou seja, para Bourdieu não é possível apreender o sentido da trajetória do sujeito destacando-o de seu contexto, pois é intrínseco ao primeiro as marcas impressas pelo segundo:

> O que equivale a dizer que não podemos compreender uma trajetória […] sem que tenhamos previamente construído os estados sucessivos do campo no qual ela se desenrolou e, logo, o conjunto das relações objetivas que uniram o agente considerado - pelo menos em certo número de estados pertinentes, - ao conjunto dos outros agentes envolvidos no mesmo campo e confrontados com o mesmo espaço dos possíveis[17].

Segundo Bourdieu, o conceito de trajetória permite olhar o indivíduo nos diversos campos sociais pelos quais circula e as relações que estabelece. O autor considera que escrever sobre um indivíduo não corresponde a descrever sequências de fatos, pois estes, desconectados

---

14 Osterhämmel, 2014; Werner; Zimmerman, 2003.
15 Bourdieu, 2006.
16 Bourdieu, 1972 apud Levi, 2006, p.174
17 Bourdieu, 2006, p. 190

da complexidade de redes que os envolvem, perdem seu sentido ou serão analisados de maneira equivocada. Ao contrário, a trajetória de um indivíduo é marcada por uma série de acontecimentos que se sucede no espaço social que está, igualmente, em constante transformação, o que deve ser levado em consideração ao analisar as posições assumidas pelo indivíduo ao longo do tempo e as relações estabelecidas nestes contextos[18].

Este entendimento de que o contexto e as relações construídas dão certo sentido para a trajetória de um indivíduo permite fazer conexões a respeito da formação de Candau no Brasil; o período de estudos nos Estados Unidos e o que isso representava; seu trabalho na Organização Sanitária Pan-Americana e depois na OMS, até chegar à Diretor-geral; com os movimentos das ideias e transformações políticas e sociais.

O contexto do período de sua formação

Candau iniciou e terminou sua faculdade de medicina – entre a década de 1920 e 1930 – em um momento no qual a formação de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, representava, no Brasil, a possibilidade de superar a condição de ser "um grande hospital"[19] dado o sem-número de pessoas assoladas por doenças no país e em um momento no qual o discurso pela saúde vinha imbuído da ideia de contribuição para o processo de construção da imagem nacional, no qual as doenças eram vistas como um obstáculo ao progresso[20].

Neste período, ainda início do século XX, médicos, cientistas, profissionais de saúde e intelectuais que formavam o movimento sanitarista consideravam que o principal problema do Brasil era a saúde e vinculavam a constituição da nacionalidade à superação das doenças endêmicas, caracterizando-se como um movimento nacionalista. Este movimento procurou convencer as elites políticas de seu argumento por meio de uma intensa campanha de opinião pública, tendo logrado fazer com os responsáveis pela tomada de decisão entendessem que os

---

18 Bourdieu, 2006.

19 A famosa frase foi proferida pelo médico Miguel Pereira em um discurso no qual comentava sobre a participação do Brasil em Congressos Internacionais e falava sobre as críticas que Carlos Chagas havia recebido em relação à doença recém-descoberta que levava seu nome – a doença de Chagas. Neste contexto, Pereira, frente às conhecidas diversas situações de privação social encontradas no país – majoritariamente rural –, cuja população não podia contar com saneamento nem acesso aos serviços de saúde e afirmando o grande problema no território brasileiro que era a doença de Chagas, resumiu sua visão na frase "o Brasil ainda é um imenso hospital". Frase esta que alimentou um contexto no qual a ciência era vista como uma via para promover a civilização e desenvolvimento do país, em especial por meio da saúde e higiene, e serviu de bandeira para a mobilização pela campanhas de saneamento rural iniciada em 1918 com a criação da Liga Pró-Saneamento. (Sá, 2009)

20 Lima; Hochman, 2004.

problemas decorrentes das doenças afetariam a todos, ainda que não fossem os próprios doentes, ou seja, conseguiu convencê-los do "caráter público da doença"[21]. Pode-se dizer que as doenças contagiosas tiveram um papel pedagógico em mostrar como os indivíduos, os bairros, cidades e regiões estavam conectados e formavam uma comunidade, deixando evidente a necessidade de que houvesse uma autoridade para tomar as providências em nome de todos e pelo bem de todos[22].

Neste momento, o mundo ainda estava sob influência dos resultados positivos da ciência desempenhada por Louis Pasteur e Robert Koch – a bacteriologia – que, com a observação de microrganismos pelos microscópios e a descoberta dos "micróbios" causadores de algumas doenças, promoveram uma evolução na teoria dos germes[23]. As descobertas de Pasteur movimentaram os cientistas de outras partes do mundo, como os médicos sul-americanos, que queriam descobrir "suas próprias" vacinas e serem vistos como o 'Pasteur dos Trópicos'[24].

No Brasil, Oswaldo Cruz estava à frente do Instituto Soroterápico Federal – criado em 1900 – comandando pesquisas sobre a peste bubônica e outras doenças, produção de soro e vacinas, mas também campanhas para enfrentar a disseminação destas em meio à população. Com o tempo, os cientistas do Instituto passaram a viajar pelos sertões brasileiros, acompanhando a abertura de ferrovias, hidrelétricas e outros empreendimentos, onde puderam combater doenças e, ao mesmo tempo aprofundar seus estudos e realizar descobertas[25].

Paralelamente, no cenário internacional, a preocupação mundial com a saúde foi acentuada com a Primeira Guerra (1914-1918), e instituições internacionais, como a Fundação Rockefeller, passaram a atuar de forma mais contundente na área, sobretudo por meio da realização de campanhas de erradicação. A ancilostomose foi porta de entrada da Fundação Rockefeller juntos aos países latino-americanos[26], inaugurando um novo momento nas ações internacionais em saúde.

No início do século XX a Fundação Rockefeller havia desenvolvido um importante papel extraoficial nas ações internacionais dos Estados Unidos, sobretudo na área da saúde – em que influenciou e/ou direcionou a política de diversos países, com destaque para os latino-americanos. O papel nas relações exteriores era extraoficial porque a Fundação não era ligada

---

21 Hochman, 2012, p.41.

22 Hochman, 2012. O livro A Era do Saneamento é cabal para quem pretende se aprofundar no entendimento do que foi o movimento sanitário e das mudanças políticas e sociais engendradas por suas conquistas.

23 Benchimol, 2005.

24 Delaporte, 1989, p.77-82 apud Benchimol, 2005, p.58.

25 Benchimol, 2005.

26 Palmer (2015) é uma referência essencial para compreender como as campanhas da Fundação Rockefeller representaram um ponto de inflexão para a saúde internacional na época e resultaram em trocas mútuas, tanto de conhecimento como de práticas, ainda que não necessariamente de maneira simétrica.

ao governo, sua origem era a fortuna privada da família Rockefeller que, em partes por conta da pressão em seu próprio país para retribuir seus bens à sociedade, criou uma agência filantrópica para trabalhar em prol da modernização da medicina e da saúde pública – primeiramente com foco nos Estados Unidos e depois em nível internacional[27].

A ancilostomose, doença causada por parasita, como mencionado, foi o primeiro alvo de criação da instituição, que logo desenvolveu campanhas contra outras doenças, como a malária e febre amarela. A febre amarela, que atingiu diversos países da América Latina ao final do século XIX e início do século XX, exigiu dos Estados Unidos uma estratégia de atuação que abarcasse outras agências federais norte-americanas para juntar-se aos esforços que as forças militares já vinham fazendo para combatê-la. Para a Fundação, o controle ou a erradicação das doenças transmissíveis era a única forma de se atingir a situação adequada de saúde e manutenção da seguridade do comercio mundial, ou seja, combater a doença era central para a instituição[28].

A escolha da Fundação Rockefeller por desenvolver atividades na América Latina não foi aleatória, como mostra Palmer[29], tendo sido consideradas a proximidade física e as boas relações políticas dos países do continente com os Estados Unidos, bem como a possibilidade de realizar experimentos em menor escala a fim de avaliar os resultados antes de lançar empreitadas maiores. Além disso, os funcionários da Rockefeller estavam convencidos que existiam tecnologias médicas modernas para o controle de algumas das principais doenças na região e que a aplicação destas tecnologias não precisava de uma mudança nas condições de vida da população.

A posição de destaque no encaminhamento de ações de erradicação assumida pela Fundação, no início do século XX, deu-se, em partes, por conta da ausência, neste período, de uma estrutura internacional efetiva dos países latino-americanos para uma atuação conjunta para atacar os problemas de saúde, assim a Fundação desempenhou um papel ativo na criação e aplicação do que fora aprovado quanto à erradicação na Oficina Sanitária Pan-Americana (futura OPAS)[30]. A Oficina ainda era relativamente frágil e as agências europeias, como as de Paris – *Office Internationale d' Hygiène Publique* (OIHP) – e Genebra – a Organização de

---

27 Farley, 2004.
28 Farley, 2004.
29 Palmer, 2010.
30 Cueto, 1995, p.222. O autor comenta que a Oficina Sanitária Pan-Americana, criada em 1902, funcionou até o início dos anos 1930 com um *staff* pequeno e como um braço virtual do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, o *USPHS* (tradução minha).

Saúde da Liga das Nações (LNHO), tinham poucos recursos para desenvolver programas na região.

As campanhas de erradicação baseadas nas tecnologias da época e na organização sanitária quase militar foram as principais bandeiras de atuação da instituição e impactaram na organização dos sistemas de saúde dos países onde atuava. O trabalho da Rockefeller foi realizado em concordância com os governos, que tinham, porém, pouca liberdade para modificar o planejamento dos programas desenhados no escritório central da Fundação, em Nova Iorque. As campanhas forçavam uma organização mais centralizadora e hierarquizada – a partir do governo federal – das políticas de saúde[31].

Por volta dos anos 1920, a Oficina Sanitária Pan-Americana contribuiu para induzir nestes países a organização da administração de saúde a partir desta lógica, com o objetivo de fortalecer o poder do Estado e estendê-lo sobre as demais autoridades no resto do país. Cueto observa que o apoio dos governos às ações da Rockefeller pareceu estar mais ligado ao interesse em reforçar sua autoridade sanitária – que a partir das ações das campanhas pôde gozar de uma interiorização no território – alinhando-se a um parceiro bem-sucedido e que era uma fonte de conhecimento tecnológico, do que propriamente em promover reformas de saúde pública[32].

Vale destacar que na Sexta Conferência Sanitária Internacional da Repúblicas Americanas, realizada em Montevidéu em 1920, o Brasil passou a ter presença permanente na Oficina, tendo sido Carlos Chagas escolhido para representar o país. Esta posição de Chagas coincidia com sua atuação como Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)[33] – de 1919 a 1926 –, cargo em que tentaria colocar em prática a doutrina preconizada pela Oficina Sanitária e os princípios da medicina científica proclamados pela Comissão Sanitária da Fundação Rockefeller[34].

O Brasil, desde o início da atuação da Rockefeller, era considerado um alvo para as ações da instituição dado o tamanho territorial e populacional e a importância política do mesmo. No país, a Fundação assumiu um papel proeminente, notadamente nas campanhas de erradicação, provocando conflitos dentro do governo e entre o governo e a organização

---

31 Magalhães, 2016.

32 Cueto, 1995, p.228.

33 O DNSP substituiu a Diretoria-geral de Saúde Pública (DGSP), ampliando as atribuições em saúde. Ver p.93 para as atribuições da DGSP e p.136, nota de rodapé nº40, para as atribuições do DNSP, no livro A Era do Saneamento (Hochman, 2012)

34 Labra, 1985, p.34. A autora faz uma ressalva que Chagas ainda manteve um contato mais próximo com a Europa que com os EUA, por ter realizado parte de sua formação na Europa e por contar com o interesse de francês e alemães para com suas pesquisas. A tese de Eliana Labra traz importantes reflexões sobre a atuação da Fundação Rockefeller de modo geral; suas ações no Brasil – com destaque para a influência no campo da educação – e a conexão destas com o Movimento Sanitário; além de oferecer importantes reflexões sobre as disputas internas deste Movimento e outras elites brasileiras.

internacional. Como aponta Faria[35], a Fundação encontrou um país com instituições de saúde já robustas e bastante avançado em pesquisas e ações nesta área, além do fato que, em 1930, o país passava por um momento de reforço do nacionalismo, o que forçou a instituição a adaptar-se aos interesses nacionais e estabelecer boa relação com o poder público. A própria atuação na campanha contra a malária é um exemplo desta mudança, pois inicialmente a FR queria atuar sobre a ancilostomíase, mas terminou por agir contra a primeira, por exigência do governo brasileiro. As campanhas da Fundação foram conduzidas nos estados do Maranhão, Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e sua presença em alguns estados e regiões contribuiu por acentuar a diferença de infraestrutura e situação de saúde e de formação profissional entre eles[36].

No Brasil, a campanha contra a ancilostomíase iniciada nos anos 1920 levou à criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) dentro do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Esta campanha foi bastante emblemática pois, ao final dos oito anos de cooperação, a Fundação Rockefeller havia desenvolvido 122 postos de trabalho em regiões rurais de 17 dos 22 estados do Brasil, com a contratação, para trabalho em tempo integral, de funcionários bem qualificados e bem remunerados[37].

Também nesta década, a Fundação Rockefeller passou a ser responsável pelo Serviço de Febre Amarela[38] no Norte do país e a campanha contra a doença foi realizada de maneira autônoma dos demais serviços providos pelo poder público tanto para servir como exemplo às futuras campanhas a serem conduzidas pela instituição, como pela falta de confiança nas instituições públicas[39]. Foram realizadas campanhas de combate à febre amarela também no Nordeste e, posteriormente, na capital da época, o Rio de Janeiro, que só se viu livre da doença dois anos e meio depois de iniciados os trabalhos para erradicação. Fred Soper, diretor regional do Escritório da Divisão Internacional de Saúde da Fundação no Brasil desde 1927 e representante desta instituição no país, incentivava a própria Fundação a seguir nos esforços de erradicação do mosquito transmissor desta doença, mudando o foco que antes estava na erradicação da doença[40].

---

35 Faria, 2002.

36 Ibidem.

37 Cueto, 1995.

38 Em 1940, o Serviço de Febre Amarela passou a se chamar Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), quando também deixou de estar a cargo da Fundação Rockefeller e passou a ser responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde. Informação retirada de: <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/fundo-snfa>. Acesso em 10 out. 2022.

39 Cueto, 1995.

40 Como apresenta Stepan (2011, p.90), nos anos 1930 a Fundação Rockefeller havia chegado à conclusão da impossibilidade de erradicação da febra amarela, visto que animais podiam ser contaminados e serem

O surto de febre amarela no Rio de Janeiro, Bahia, Recife, Belém, Colômbia, Argentina e outros lugares mostraram tanto ao governo, quanto à Fundação, que era necessário reforçar as medidas sanitárias, o que influenciou quando da renegociação do acordo entre eles. Os problemas sanitários se juntaram às manifestações sociais e políticas diversas no Brasil e desaguaram na Revolução de 1930 e na criação do Ministério da Educação e Saúde pelo governo de Vargas e, como aponta Benchimol:

> as densas relações que a medicina brasileira mantivera com a França e a Alemanha foram ofuscadas pela preponderância dos Estados Unidos, especialmente com a Fundação Rockefeller, poderoso enclave, com atribuições e prerrogativas que, a princípio, rivalizaram com as do próprio Estado.[41]

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, Soper conseguiu forte apoio do governo brasileiro e, deste modo, pôde prosseguir a campanha contra o *Aedes aegypti*, conduzindo-a com disciplina "militar"[42]. Entre 1938 e 1939, houve uma grande epidemia de malária no nordeste brasileiro, tendo Soper sido chamado para conduzir a campanha de combate ao vetor transmissor. Soper assumiu então a chefia do Serviço de Malária do Nordeste, criado pelo governo brasileiro com recursos da Fundação Rockefeller[43]. Marcolino Candau – a figura central desta tese – é, então, chamado por Fred Soper para trabalhar nesta campanha.

O contexto dos trabalhos iniciais

Candau trabalhou com Soper na campanha por pouco mais de seis meses e seguiu para os Estados Unidos em 1940 para um ano de estudos na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* com bolsa da Fundação Rockefeller.

A Fundação Rockefeller desenvolvia seus trabalhos no Brasil desde 1917, quando foi criado o primeiro posto de profilaxia rural da Comissão Sanitária desta fundação. No âmbito da educação em saúde pública, a Fundação Rockefeller contribuiu para com a criação do Instituto de Higiene em São Paulo, projeto que fora simultâneo ao da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins[44]; a criação, em 1921-1922, da Escola de Enfermeiras Ana

---

hospedeiros do vírus, deste modo, Soper passou a focar a campanha na erradicação do agente transmissor, o mosquito.

41 Benchimol, 2005, p.97.

42 Magalhães, 2006.

43 Cueto; Palmer, 2016; Lopes, 2020; Stepan, 2011.

44 Geraldo de Paula Souza, futuramente representante do Brasil na Conferência de São Francisco e propositor da criação de uma organização internacional para saúde, foi um dos bolsistas do primeiro curso da Johns Hopkins. (Labra, 1985, p.56)

Nery, do DNSP, dirigido por Carlos Chagas[45]; e com a instituição dos Cursos de Higiene e Saúde Pública em 1926[46] – apesar de a participação da Fundação Rockefeller ter sido quase insignificante[47], principalmente do ponto de vista financeiro – e a criação da cátedra de Medicina Tropical na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro[48], iniciativas também comandadas por Chagas.

Já o governo Vargas (1930-1945), ficou marcado com um governo de grandes mudanças institucionais, que culminaram no estabelecimento de um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social vigente por muitas décadas. Neste sentido, a saúde foi uma das principais áreas que passou por modificações, sendo a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública a principal delas[49]. O governo enfrentava turbulências políticas e sociais internamente[50], em partes por conta da própria movimentação e construção de alianças de Vargas para chegar ao poder, ao mesmo tempo, o país viva uma reorganização de sua economia, de caráter agroexportador, em virtude dos impactos da crise mundial do capitalismo de 1929. Nos primeiros anos do governo, entre 1930 e 1934 – chamado Governo Provisório –, os debates ficaram em torno da relação dos estados e governo central, com destaque para as disputas entre os tenentes e os setores oligárquicos, assim, as mudanças mais substantivas iniciaram quando Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde, em 1934[51].

A partir de 1935, o governo retomou a realização das campanhas sanitárias, interrompidas entre 1930 e 1934, e que vieram a ser parte fundamental da institucionalização e importante elemento de centralização das ações de Saúde Pública no Brasil. Outras ações que se somaram para configurar a institucionalização da política nacional de saúde foram a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela em 1937 e a criação do Serviço de Malária do Nordeste em 1939, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller[52].

Já em 1942, o governo Vargas assinou outros acordos com o governo estadunidense, dentre eles o acordo que criou o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP – com o objetivo de sanear regiões produtoras de matérias-primas importantes para o esforço de guerra dos Estados Unidos. Neste período, estava em curso a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que marcou profundamente as relações no cenário internacional e deixou impactos significativos

45 Ibidem, p.57.
46 Ibidem, p.175.
47 Ibidem, p.381-382.
48 Ibidem, p.351
49 Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p.38.
50 Cachapuz, s.d.
51 Lima; Fonseca; Hochman, 2005.
52 Braga; Paula, 1981, p.55.

nos arranjos internos dos países nas diversas áreas. Segundo Campos, os acordos assinados com os Estados Unidos também se inseriam no âmbito da tentativa de retomar a proximidade com a América Latina frente a uma expansão econômica e política da Alemanha na região. O Brasil era um desses países que mantinha laços bem estabelecidos com os alemães, tendo sido, entre 1937 e 1939, o auge da influência comercial alemã. Além do interesse em retomar as relações comerciais com o Brasil, os Estados Unidos estavam igualmente preocupados em manter a estabilidade política na região[53].

O acordo de instituição do SESP, de julho de 1942, estabeleceu as seguintes funções: "o saneamento do vale amazônico, focado no controle da malária e na assistência médica aos seringueiros; o treinamento de profissionais de saúde pública; e um programa de controle da hanseníase, em parceria com o Serviço Nacional de Lepra.". Tais funções foram expandidas, em novo acordo assinado em novembro de 1942, para que o SESP pudesse atuar também no vale do Rio Doce, onde a situação sanitária era precária e havia a propagação de doenças transmissíveis, sendo a região era essencial para a exploração de recursos mineiras[54]. Candau fez parte do quadro de funcionários do SESP, no qual chegou a Superintendente em 1947.

Importante mencionar também que, em meados do século XX, diversos países passaram por um movimento de reestruturação do papel do Estado, que passou a ser visto como responsável pela promoção do desenvolvimento econômico e social, debate que ganhou intensidade a partir dos anos 1940, sobretudo após o Relatório Beveridge[55], publicado em novembro de 1942[56]. Pode-se dizer que o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social foi um marco importante do percurso da história da saúde pública que se deu no pós-guerra, momento em que floresceram as organizações internacionais da saúde, da educação, do comércio, entre outras, e no qual ocorreram intensos debates a respeito da organização e fornecimento de serviços de saúde para a população, da imbricação entre saúde e desenvolvimento econômico e social, estudos a respeito das relações de produção como fundamentais para se entender a situação da saúde da população, bem como da evolução da medicina com as descobertas tecnológicas. O crescimento da população também era motivo de

---

53 Campos, 2006.

54 Campos, 2006, p.52.

55 O *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, que ficou conhecido como Relatório Beveridge, foi primordial para a criação do *National Health Service*, a partir do desenho de um plano de provisão de seguro social universal coberto pelo Estado. O Sistema Nacional de Saúde britânico tornou-se referência para outros países quanto à cobertura universal da saúde (Pierson, 1996).

56 Rosen, 1980.

estudos, uma vez que se temia pela falta de alimentos e pelas consequências do aumento desmedido da população dos países mais pobres[57].

Candau, na sequência destas experiências na saúde brasileira e formação nos Estados Unidos, foi chamado para trabalhar novamente junto a Fred Soper, desta vez, na Organização Sanitária Pan-Americana[58], a organização internacional de saúde cujas origens remontam as primeiras Conferências Sanitárias Internacionais das Repúblicas Americanas, ocorridas no século XIX. Ainda na primeira metade deste século diversos países foram afetados por epidemias, sobretudo de cólera e peste bubônica, em virtude da intensificação do comércio entre os países pela via marítima e pelas dinâmicas bélicas e de dominação, como foi o caso da movimentação britânica para a Índia ou da Guerra do Paraguai em 1867. Assim, dado que as epidemias haviam chegado às Américas, os países sul-americanos realizaram uma primeira convenção sanitária, em Montevidéu em 1873, na qual Brasil, Argentina e Uruguai decidiram por adotar medidas comuns de prevenção em relação a algumas doenças, como cólera, febre, peste e tifo, e, posteriormente, estes países assinaram outros acordos[59]. Em 1901, no México realizou-se a primeira Conferência Internacional das Repúblicas Americanas, que resultou na criação do Escritório Sanitário Internacional (*International Sanitary Bureau*), uma organização pequena – composta por cinco países – porém que se manteve estável e fora o embrião do Escritório Sanitário Pan-Americano[60].

Paralelamente, na Europa, os países também estavam realizando reuniões para discutir a disseminação da cólera, da peste e febre amarela, além de buscarem acordos em medidas de contenção e proteção. A Primeira Conferência Sanitária internacional ocorreu em 1851, com a participação de onze países europeus e a Turquia. Importante destacar que, neste momento, os participantes destas conferências – fossem médicos ou diplomatas – não tinham conhecimento da etiologia ou modo de transmissão dessas doenças, o que gerava a indicação de medidas muitas vezes equivocadas para o combate ou a prevenção das doenças. A Quinta Conferência Sanitária Internacional, de 1881, foi realizada em Washington, nos Estados Unidos, pela primeira vez fora do continente europeu e contando com a participação de outros países da América. Nesta Conferência, Carlos Finlay – médico cubano – apresentou seus estudos em que defendia que a febre amarela era transmitida por um mosquito, vetor da doença; argumentos que foram rechaçados e comprovados como corretos somente vinte anos depois[61].

---

57 Berridge, 1999.
58 Anteriormente Oficina Sanitária Pan-Americana e que veio a ser a Organização Pan-Americana de Saúde.
59 Lima, 2002.
60 Cueto, 2004; Howard-Jones; WHO, 1981.
61 Cueto, 2004; Howard-Jones; WHO, 1975; Howard-Jones; WHO, 1981.

Nesse momento, as decisões eram bastante pontuais e não geravam acordos de concertação política mais duradouros e abrangentes, mas sua ocorrência já sinalizava a percepção, nesta época, de que problemas na área da saúde afetam também a economia e o comércio, ultrapassando os limites territoriais e a governabilidade dos Estados Nacionais[62].

Em 1903 em Paris, na Décima Primeira Conferência Sanitária Internacional, com a participação de trinta e três países – incluindo o Brasil –, foi aprovada uma nova Convenção Sanitária Internacional, em substituição às Convenções de 1892, 1893, 1894 e 1897 atualizando as exigências das quarentenas internacionais em relação às novas descobertas científicas[63]. Esta Convenção serviu de base para a Segunda Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas assinada em 1905[64]. Já na Quinta Conferência Internacional das Repúblicas Americanas, realizada em Santiago, Chile, em 1911, o nome do Escritório Sanitário Internacional foi alterado para Escritório Sanitário Pan-Americano[65].

A partir dos anos 1920, o Escritório passou por mudanças importantes em sua estrutura, bem como aprovou um dos principais documentos para a saúde dos países: o Código Sanitário Pan-Americano, resultado da Sétima Conferência Sanitária Pan-Americana, ocorrida em Havana em 1924. Ao longo dos anos, a instituição foi constituindo um corpo de funcionários, incrementando pouco a pouco seu orçamento e separando-se do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, cujo Diretor acumulava também a função de direção do então Escritório Sanitário Pan-Americano[66].

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1946, quando a Organização das Nações Unidas já havia sido criada, surgira a proposta do estabelecimento de uma única organização internacional em saúde, o que portanto ameaçava a existência de uma Organização nas Américas. Na XII Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1947, os países decidiram por reafirmar a importância da Organização regional, para que esta servisse como representante dos países do continente e propuseram a manutenção do nome, adicionando "Escritório regional da OMS". Nesta Conferência, Fred Soper, anteriormente funcionário do *International Health Board* da Fundação Rockefeller, fora eleito Diretor-geral da Organização Sanitária Pan-Americana[67] e três anos depois, em 1950, Candau assumiu como Diretor-geral assistente do estadunidense.

---

62 Lima, 2002.
63 Howard-Jones; WHO, 1975, p.84.
64 Howard-Jones; WHO, 1981, p.9.
65 Cueto, 2004, p.48.
66 Ibidem.
67 Ibidem.

Desta experiência na Organização Sanitária, pôde-se impulsionar para a OMS como Diretor-assistente, e aparece, então, como uma possibilidade para Diretor-geral, sendo uma pessoa originária de um país grande e com certa presença no cenário internacional[68], mas que não estava diretamente envolvido nas disputas, ou seja, que poderia representar uma figura neutra. Em 1953 Candau foi eleito Diretor-Geral da OMS. Uma breve discussão sobre a criação da OMS será apresentada no primeiro capítulo.

Esta apresentação de alguns momentos de sua trajetória serve para evidenciar os diferentes locais e posições que Candau ocupou e como essa trajetória contribuiu para a formação de sua *persona* como "cidadão do mundo" e que, ao mesmo tempo, não deixava de ser um cidadão de um país do "Terceiro Mundo". O Diretor-geral conhecia a realidade de seu país e sua semelhança com os demais que partilhavam dessa denominação e isso permitiu com que ele ganhasse o respeito das principais potências da época, mas também dos países menos desenvolvidos.

Pode-se perceber também que, considerando a concepção de Bourdieu de capital social[69], Candau construiu o seu em um contexto no qual os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, não eram muito numerosos e gozavam de grande prestígio, sendo vistos como autoridades pela população, e eram respeitados e consultados pelos governantes. Assim, seus contatos, mas certamente também sua capacidade profissional e personalidade contribuíram para sua impulsão no cenário internacional da saúde. O contato com Manoel Ferreira, seu professor na Faculdade e importante "mestre" para Candau e o trabalho desenvolvido com Soper e sua ida aos Estados Unidos com bolsa da Fundação Rockefeller, por exemplo, configuram importantes pessoas e momentos que alavancaram a carreira do brasileiro.

Justificativa

A presente tese foi escrita com o objetivo de apresentar a trajetória de Marcolino Candau como Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, trazendo, a partir desta, as diferentes perspectivas de saúde que estavam em disputa e apresentando as contingências que o contexto

---

[68] Vale lembrar que a sugestão de criação da OMS foi feita por Geraldo de Paula Souza, da deleção brasileira, e Szeming Sze, da delegação chinesa, que fizeram a proposta da criação de uma agência específica para cuidar de assuntos referentes à saúde no âmbito da ONU. (Cueto; Brown; Fee, 2019, p.37)

[69] Para Bourdieu, capital social diz respeito às propriedades de um indivíduo de obter algum capital – no caso o autor trata de capital econômico ou cultural – a partir de sua capacidade de mobilizar o capital de outro grupo, ou seja, capital social como uma rede durável de relações de conhecimento e reconhecimento, de pertencimento a um grupo social, que se conecta pela troca material e simbólica. (Bourdieu, 1980)

e a estrutura de uma organização colocam à agência de um indivíduo. A OMS é um organismo multilateral – segundo vários autores o mais importante das agências especializadas das Nações Unidas – assim, o Diretor-geral ocupa um lugar de forte representação política e, portanto, deve buscar apontar a síntese da vontade dos países. A análise desta trajetória traz elementos para a reflexão a respeito do espaço para decisão individual, do quanto as decisões representavam os valores de Candau e o quanto eram fruto de uma dinâmica muito maior que o condicionava o tempo todo.

Principalmente quando da leitura das fontes levantadas, foi possível perceber que Candau dava importância a diferentes temas que não foram relacionados a seu nome pela historiografia. Vale dizer que, com exceção do trabalho de Farley[70], que versou sobre Brock Chisholm, nenhum outro diretor da OMS foi tema de um estudo mais detalhado, buscando compreender o contexto e suas ações, ligando-as à história da instituição do período.

Além disso, propôs-se preencher uma lacuna de conhecimento a respeito dos anos iniciais da OMS que permitiram sua consolidação como autoridade sanitária global, jogando luz a algumas importantes ações conduzidas neste período, incluindo as duas grandes campanhas de erradicação – da malária e da varíola – e indo além destas, abrindo espaço para novos questionamentos e diferentes caminhos de pesquisa. Muitos autores, principalmente quando trataram das campanhas de erradicação, buscaram discutir as estratégias utilizadas, a relação da OMS com os escritórios regionais, a implementação da campanha especificamente em alguns países, porém há poucos trabalhos que as apresentem em discussão com a condução do Diretor-geral, ressaltando seu papel e sua perspectiva sobre essas ações da OMS. Ademais, o cenário político de Guerra Fria, pouco estudado do ponto de vista das disputas no âmbito das organizações internacionais, em especial a Organização Mundial da Saúde, conduzida por vinte anos pelo brasileiro, confere um dos principais argumentos a respeito da relevância desta pesquisa.

A tese, portanto, teve por propósito apresentar a condução da OMS por Marcolino Candau ao longo de um período marcante da Guerra Fria (1953-1973), destacando os diferentes atores envolvidos nas ações da OMS, realizando um diálogo com a literatura que tratou das ações da OMS no período, com ênfase nas campanhas de erradicação, na pesquisa médica, na formação profissional e no estabelecimento dos serviços de saúde nos países, de modo a refletir sobre como as decisões tomadas no período e suas diretrizes consolidaram e ampliaram o papel da OMS no cenário internacional. Buscou-se evidenciar como a disputa ideológica das duas

[70] Farley, 2008.

potências permeou, o tempo todo, as decisões no período, ressaltando a habilidade de Candau em equilibrar essa tensão no seio da Organização.

A leitura das fontes, sobretudo o cotejamento das atas de reuniões com diários escritos por outros agentes, permitiram perceber que Candau tinha boa argumentação e bom tino político, o que o ajudava a ser assertivo quanto ao momento de tratar as temáticas e à maneira de colocar sua posição frente aos representantes dos países e instituições. A tese permitiu mostrar também que Candau, ainda que tivesse adotado posicionamentos fortemente defendidos pelos Estados Unidos, sobretudo quando da campanha de erradicação da malária, mostrava uma visão de saúde pública diferente ou, ao menos, não tão alinhada àquela dos estadunidenses e que soube dosar suas colocações para que a OMS pudesse avançar a despeito da rivalidade entre os blocos ideológicos.

Assim, a tese argumenta que Candau pode ser visto como um importante mediador na passagem de uma saúde internacional para uma saúde global, na qual outros atores passam a fazer parte das construções teóricas e práticas da OMS – como os institutos de pesquisa e organizações da sociedade civil – e na qual mais países tornaram-se membros da Organização, estendendo seu poder de influência para todas as partes do globo.

As fontes de pesquisa

Para a elaboração da tese, foram analisados cartas, ofícios, publicações em jornais, discursos e textos de autoria própria de Candau que permitiram realizar um desenho básico sobre a formação de Candau e experiências profissionais no Brasil e sobretudo a respeito do período em que foi diretor da OMS, objetivo central da tese. Documentos oficiais, como relatórios periódicos da OMS, atas, acordos, missivas, publicações também foram analisadas somando-se para a construção de partes importantes desta trajetória de condução da OMS por Candau.

Uma parte significativa destes documentos está na *WHO Records and Archives* em Genebra, sendo que alguns deles estão digitalizados no sistema *International Repository for Information Sharing* (IRIS, sigla em inglês), e a compreensão dos arquivistas – principalmente de Reynald Erard – foi essencial para o compartilhamento dos diversos documentos solicitados, tendo sido o contato retomado em diferentes momentos da tese. Estes documentos estão organizados por período – denominados “gerações” que congregam documentos de um período

(por exemplo os materiais dos anos cinquenta e sessenta aparecem na segunda geração)[71] –, mas também por assuntos, assim que, para o estudo das campanhas de erradicação da malária e da varíola, por exemplo, os documentos estavam, respectivamente, catalogados como MEP – *Malaria Eradication Program* – e SEP – *Smallpox Eradication Program*. Uma das subdivisões desses arquivos é a separação por região e este foi um critério de escolha a depender da temática, por exemplo: foram solicitados documentos referentes à América Latina e ao Brasil a respeito da campanha de erradicação da varíola, dado que o país permaneceu durante anos como o único da região epidêmico para a doença. Foram consultados documentos a respeito da campanha de erradicação da malária e da varíola, de ações de planejamento familiar, da relação com os escritórios regionais e outras ações de saúde, relatórios, resoluções, memorandos e ofícios trocados com os países. Foram analisadas todas as atas das Assembleias Mundiais da Saúde e todos os Relatórios anuais do Diretor-geral deste período de vinte anos, documentos estes que estão disponíveis no *IRIS* da OMS[72].

É importante ressaltar que, por conta da pandemia de covid-19, não foi possível realizar a consulta *in loco* da documentação, uma vez que a OMS estava funcionando de maneira essencialmente remota no período que estive em Genebra, entre março e novembro de 2021. Por esse motivo, foram consultados os documentos que estavam digitalizados e disponíveis para envio eletrônico.

Ainda que não tenha sido possível a consulta presencial dos documentos da OMS, a ida à Genebra para o doutorado sanduíche, por um período de nove meses, realizado no *Graduate Institute of International and Development Studies* sob supervisão do Dr. Davide Rodogno, do *Department of International History*, foi extremamente profícua, uma vez que pude entrar em contato com um inventariante de Marcolino Candau e Sîta Reefs – sua segunda esposa –, de quem recebi uma grande quantidade de documentos que não foram acessados por nenhum outro pesquisador. Este conjunto documental estava dividido em três caixas com aproximadamente 20kg cada e três maletas, compondo um rico acervo sobre esse brasileiro pouco conhecido nacional e internacionalmente. As caixas continham diversos materiais: quatro pastas com diários oficiais das viagens de Candau como Diretor-geral, duas pastas com discursos e outras

[71] Arquivo da primeira geração (1946-1950); Arquivos da segunda geração (1950-1955); Arquivos da terceira geração (1955-1983). (Catálogo do material da Organização Mundial da Saúde).

[72] Estes documentos são referenciados com as siglas utilizadas pela própria OMS. Assim, tanto as atas das Assembleias Mundiais de Saúde (AMS), quanto os relatórios anuais do Diretor-geral são apresentados como OR WHA e OR WHO, respectivamente, referindo-se a Official Records (OR) World Health Assembly e World Health Organization. Os documentos do Comitê Executivo – Executive Board (EB) – são, eventualmente, apresentados na forma dos Official Records e, em outras situações, a Resolução é citada diretamente, por esse motivo não houve uma padronização na maneira de registrá-lo nas referências ao final.

anotações; maletas com muitas fotos oficiais e algumas fotos não-oficiais, caixa com diversos recortes de jornal em diferentes línguas e alguns objetos e escritos pessoais. Todo este material foi enviado ao Brasil ao final de novembro de 2021 e doado ao Centro de Documentação em História da Saúde (CDHS) da Casa de Oswaldo Cruz, que está responsável pela organização, catalogação e manutenção do acervo.

Os diários, que são inéditos e constituem uma fonte completamente inexplorada, apresentam os registros das visitas a diversos países e trazem informações sobre as pessoas com quem Candau se encontrou, os lugares e instalações que visitou e alguns dos assuntos abordados. É certo que os diários foram escritos com o que era intencional registrar e muita coisa passou sem ser documentada, assim, é preciso manter o olhar crítico sempre. No entanto, estes documentos constituíram uma fonte valiosa para a presente tese e ainda podem ser imensamente explorados. Nem todos os diários foram referenciados, ou seja, há muito material para além do que consta ao final deste trabalho. Os diários estavam organizados em quatro fichários, organizados por períodos sequenciais[73]. O material ainda não está catalogado, portanto, as referências trazem as informações básicas dos documentos para permitir que sejam localizados no futuro no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz.

Também foram analisados os textos escritos por Marcolino Candau, alguns transcritos de palestras e publicados em revistas de diferentes tipos, como a revista do SESP, *Indian Journal of Pediatrics*, *French Technical Cooperation Services Bulletin*, entre outros. Além de reportagens do jornal Correio Manhã que comentam sobre Candau, levantados por meio da Hemeroteca Digital Brasileira, reportagens d'O Globo e do *New York Times* encontradas em seus sítios eletrônicos respectivamente.

Outros documentos essenciais foram conseguidos juntos ao Arquivo da Fundação Rockefeller (*Rockefeller Archive Center*), enviados por e-mail pela arquivista Bethany J. Antos. Estes documentos incluem diários de funcionários da Fundação Rockefeller, nos quais há registros a respeito das viagens à trabalho, dos encontros e assuntos debatidos, incluindo relatos também sobre encontros com Candau ou registros da posição da Fundação a respeito de certos temas que era tratados com a OMS. Dentre os documentos, também estão fichas do período de formação de Candau na *Johns Hopkins School of Hygiene*, com informações sobre os interesses de estudo do brasileiro, seu desempenho acadêmico, suas ambições e outras informações. Há

[73] Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958; Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964; PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967; Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972.

também muitos documentos relacionados às trocas com a OMS, portanto ofícios, relatórios, publicações e atas.

A estrutura da tese

A tese apresenta a seguinte estrutura: a presente introdução, seguida por quatro capítulos temáticos e um capítulo de conclusão. A Introdução discute a historiografia relevante para a pesquisa, o referencial teórico, apresenta brevemente o contexto histórico de alguns momentos da trajetória de Candau, expõe a justificativa para o trabalho e as fontes utilizadas.

O primeiro capítulo apresenta brevemente quem foi Marcolino Candau, destacando sua formação e os importantes contatos realizados neste período. Situa o leitor a respeito do contexto da saúde no Brasil da época e apresenta as principais experiências profissionais de Candau, de modo a desenhar o caminho trilhado até sua chegada à OMS. Neste capítulo também se aborda a criação da própria Organização e a eleição de Candau, ressaltando as conversas de bastidores e arranjos deste processo, além de apresentar as principais ações conduzidas nos primeiros anos como Diretor-geral.

O capítulo dois aborda essencialmente a campanha de erradicação da malária, que foi a primeira campanha de erradicação que ganhou contornos mundiais e um grande destaque. O capítulo apresenta como Candau foi se posicionando ao longo da campanha, os principais atores envolvidos e como o Diretor-geral lidou com estes – especialmente com as indústrias e as fundações e instituições governamentais e não-governamentais estadunidenses. O capítulo dá uma visão em perspectiva da campanha, de modo que o leitor possa perceber as modificações ao longo do período em que Candau esteve como Diretor-geral, bem como aponta como outros assuntos permearam a própria campanha.

O capítulo três trata da campanha de erradicação da varíola, que foi a segunda grande campanha conduzida sob a batuta de Candau e que, diferentemente daquela da malária, finalizou de maneira bem-sucedida, tendo a varíola sido erradicada do mundo. Na apresentação de como a campanha foi conduzida, estão ressaltados o período anterior e posterior à aprovação do orçamento e plano de ação específico para a campanha a partir da sede em Genebra, e, assim como no capítulo dois, apresenta-se como se deu a relação entre os Estados Unidos e a União Soviética na tentativa de influenciar os rumos da campanha e o posicionamento de Candau quanto a essa disputa. No capítulo também é destacada a situação do Brasil e apresentada a

importância de atores não-governamentais, como as instituições de pesquisa e produção de vacina, para o andamento da campanha.

O capítulo quatro traz um apanhado de temáticas de destaque na OMS sob condução de Candau, mais especificamente: a formação e treinamento profissional; o desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde; o investimento em pesquisa; e o planejamento familiar. Estes assuntos mereceram ser desenvolvidos na tese por terem sido enfatizados pelo Diretor-geral da OMS como agendas importantes e caras à Organização. No caso dos dois primeiros assuntos mencionados, estes eram transversais a todas as pautas da OMS dado que, como Candau sempre apontava, a falta de profissionais e de serviços básicos de saúde eram um obstáculo constante à melhoria das condições de saúde das populações. Assim, é apresentada a visão de Candau a respeito de cada uma destas temáticas e a maneira como a OMS desenvolveu ações nas respectivas áreas.

Por fim, a conclusão, apresentada no Capítulo cinco, destaca quais foram os principais legados deixados por Candau, apontando a contribuição do brasileiro para a consolidação da OMS como organização e como autoridade sanitária global. Também são destacadas características pessoais de Candau e sua maneira de se posicionar diante do cenário de Guerra Fria, relacionando-as com o entendimento de que o brasileiro foi importante ator na passagem do que se entende por saúde internacional para a saúde global[74]. A conclusão também traz uma síntese dos capítulos anteriores e apresenta as lacunas deixadas e as possibilidades abertas com a pesquisa e finalmente faz uma chamada para mais estudos da dimensão internacional da história da saúde brasileira

[74] Brown; Cueto; Fee 2006.

CAPÍTULO 1

1. MARCOLINO GOMES CANDAU: ORIGEM, FORMAÇÃO E O INÍCIO DE SUA CARREIRA INTERNACIONAL

1.1 Dados biográficos de Candau e o início de sua carreira profissional

Marcolino das Chagas Gomes Candau nasceu no Rio de Janeiro em 30 de maio 1911, era filho de Júlio Candau e Augusta Gomes Candau, e tinha um irmão, Augusto Júlio Gomes Candau, dois anos mais velho. Seu irmão fora administrador e trabalhara no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC), terminando sua carreira no Conselho da Previdência, que fora responsável pelo estudo sobre a unificação dos institutos previdenciários. A família de Candau não apresenta histórico de pertencimento às elites da época, ao contrário, o pai de Candau e o tio trabalharam no período da República Velha como "encapadores" de parede, tendo sido chamados a fazer a manutenção das paredes do palácio do Catete muitas vezes[1]. Os achados permitem presumir que a família de Candau compartilhava das aspirações da classe média de terem filhos bem inseridos profissionalmente na sociedade, considerando a profissão uma importante categoria de localização social[2].

Candau ingressou na Faculdade de Medicina de Niterói (atualmente parte da Universidade Federal Fluminense) em 1928. Durante a faculdade, juntamente com Vasco Barcellos, criou o Diretório Acadêmico Barros Terra[3], tendo sido o presidente do mesmo em 1932[4]. Candau entusiasmou-se com Saúde Pública por meio de sua identificação com o professor de Higiene, o sanitarista Manuel José Ferreira e, tão logo terminou seus estudos em 1933, passou a atuar como professor-assistente da disciplina[5]. Candau também ministrou cursos na área de epidemiologia, bioestatística, assistência materno-infantil; e organização e administração de saúde pública. Dedicou-se à pesquisa em enteroparasitoses, (patologias

---

1 Informação dada por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, na ocasião de uma conversa em sua casa em abril de 2019

2 Bourdieu, 2007.

3 O médico Antônio Barros Terra foi o primeiro nome de referência registrado na ficha de aplicação de Candau para a bolsa nos Estados Unidos. The Rockefeller Foundation. International Health Division. Personal History Record and Application for the Fellowship. RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau. n.p.

4 Em carta escrita em 4 de janeiro de 1932 para o Diretor da Faculdade de Medicina solicitando facilitação do pagamento das taxas para alguns estudantes cuja situação econômica era precária, Candau assina como Presidente do Diretório Acaadêmico. Localizado no Arquivo da Universidade Federal Fluminense. FFM_Marcolino Candau_part1

5 Braga, 1984; Bragança, 2008.

causadas por parasitas que habitam o interior do sistema gastrointestinal) medicina rural e educação sanitária[6]. Candau teria dado aulas de anatomia, da qual gostava muito, e dissecação de cadáver durante a faculdade para poder se manter[7]. O médico Ivolino de Vasconcelos escreveu que Candau tinha gosto pela disciplina por influência do "mestre anatomista" Benjamin Vinelli Baptista e que, ao comentar com Candau, anos mais tarde, que havia participado de uma aula de anatomia em que o Diretor-geral estava, este respondeu que teria sido anatomista se não tivesse seguido o caminho do sanitarismo por influência de seu mestre Manuel José Ferreira[8,9].

Figura 1: Foto de Candau com colegas de formação. Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 1931

6 Marcolino G. Candau, um homem de destaque, 1970; Braga, 1984

7 Informação dada por Marcos Candau, 2019. A revista Visão apresenta que Candau deu aulas de anatomia para poder fazer o curso de medicina em Niterói. (Dr Candau – Um Brasileiro cuida da saúde do mundo, 1957, p.23)

8 Manoel José Ferreira foi um médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que dedicou sua carreira à saúde pública, mais especificamente às ações de combate à malária, tuberculose, varíola e contra a mortalidade infantil. Ferreira foi importante formador do pensamento sanitarista brasileiro da primeira metade do século XX. Candau teve aulas com Maneco, como era chamado, também trabalharam juntos no SEMTA – Candau como médico e Ferreira como chefe do Departamento Médico (Miranda; Hochman, 2021, p.9), e se encontraram em outros momentos na OMS, pois Ferreira foi delegado representante do Brasil nas Assembleias Mundiais de Saúde diversas vezes.

9 Vasconcelos, 1983.

Na foto, o escrito diz: Serviço de Cirurgia do Dr. Sylvio Rego no Instituto de Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Turma de 1931. Rio - 2 de janeiro de 932. Dr. Sylvio Rego. Datado no canto inferior como 01 de dezembro de 1931. Candau é o segundo da esquerda para direita sentado e ao centro, provavelmente, o professor Dr. Sylvio Rego. Fonte: Foto do acervo pessoal de Candau obtido na Suíça, doado ao CDHS da Casa de Oswaldo Cruz.

No período de conclusão de sua formação como médico – Candau colou grau em 18 de novembro de 1933[10] –, o Brasil passava por um momento politicamente conturbado com a chamada Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas tomou o poder com apoio dos militares buscando romper com a tradição da troca das elites cafeeiras – de São Paulo e Minas Gerais – no governo. Vargas promoveu reformas em todo o setor público dentro de seu amplo programa de planejamento e formação de um Estado forte e centralizado[11]. Ainda em 1930, Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e ao longo do seu governo deu especial atenção ao campo da saúde, tendo buscado aumentar a profissionalização dos trabalhadores da área e, sobretudo a partir de 1937, realizado mudanças estruturais e institucionais para fazer com que as ações em saúde tivessem abrangência nacional[12]. Neste período, a febre amarela voltou a ser um importante problema sanitário no país, principalmente no Rio de Janeiro, então capital federal[13].

Como argumenta Cristina Fonseca, as reformas propostas naquela época pelo Ministro, Gustavo Capanema – que ficaram conhecidas como Reforma Capanema – estavam orquestradas tanto com a agenda nacional político-ideológica, quanto com a agenda internacional, sobretudo com as discussões realizadas no âmbito da Oficina Sanitária Pan-Americana (futura OPAS). E a aplicação destas ideias no cenário nacional não era apenas um alinhamento conjuntural, mas sim propostas originadas nos Estados Unidos que ganharam terreno na América Latina e eram objetos de acordos diretos com estes países[14].

Uma das Resoluções aprovadas na IX Conferência Sanitária Pan-Americana de 1934 foi importante, por exemplo, para impulsionar o investimento na formação de profissionais de saúde pública, operacionalizada por meio da parceria com a *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* para formação de médicos sanitaristas especialistas. Neste período também houve a ampliação da participação de figuras importantes da política nacional em fóruns e

---

10 Dossiê do aluno Marcolino Gomes Candau. 1928-1934. Universidade Federal Fluminense / Superintendência de Documentação/ Coordenação de Arquivos (UFF/SDC/CAR). Faculdade Fluminense de Medicina (FFM). Dossiê do aluno Marcolino Gomes Candau. data do dossiê: 1928-1934. Cidade: Niterói.

11 Hochman, 2005.

12 Lima; Fonseca, 2004.

13 Hochman, 2005.

14 Fonseca, 2007.

organismos internacionais, como o próprio Barros Barreto – diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) –, que fora eleito Secretário-geral da III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde, em 1936, e vice-diretor da Oficina Sanitária Pan-americana[15].

Esta convergência de agendas expressou-se também na maior participação das fundações estadunidenses em campanhas pelo país[16]. O Brasil já havia sido alvo de campanha contra a febre amarela conduzida pela Fundação Rockefeller nos anos 1920 e, nos anos 1930[17], com a explosão de casos no Rio de Janeiro, a Fundação retomou sua atuação por diversos motivos e o contexto político favorecia este movimento: o Brasil estava em um bom momento nas relações diplomáticas com os Estados Unidos que, por sua vez, queriam comprovar a superioridade de suas práticas no campo da saúde pública, além de todo o processo de reforma pelo qual passava o Brasil, que propiciava a introdução do modelo médico-sanitário preconizado pelos estadunidenses na formação dos profissionais de saúde[18]. Escorel aponta que, com a chegada de Vargas ao poder, os médicos brasileiros com formação nos EUA passaram a ser nomeados para dirigir serviços de saúde nos estados[19].

O responsável pela campanha, cujas ações se davam no âmbito do Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA), era Fred Soper, diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller no Brasil, no Rio de Janeiro. O SCFA foi uma agência do governo brasileiro "que visava combinar os esforços sanitários realizados nas esferas estadual e federal com aqueles empreendidos pelos norte-americanos", tendo Vargas dado "ampla liberdade para os funcionários da Fundação Rockefeller gerenciarem e coordenarem as atividades do SCFA"[20]. Segundo Magalhães[21], entre 1930 e 1934, Soper reorganizou a administração do SCFA e expandiu sua atuação para as áreas rurais, mantendo contato mais próximo com médicos e sanitaristas para elaboração de mapas sobre a situação da febre amarela no país.

Neste meio tempo, em 1934, Candau entrou para o serviço de saúde brasileiro como chefe do Posto de Saúde Rural de São João Marcos, depois dirigiu o Posto de Saúde de Sant'Anna de Japuíba de Cachoeiras de Macacu também no Estado do Rio de Janeiro, cargo em que permaneceu até 1936[22]. Para além do trabalho, também continuou sua formação, tendo

---

15 Fonseca, 2007, p.177-178. Ver nota de rodapé 5 e 6.
16 Ibidem, p.182.
17 Rodrigo Magalhães (2016) faz importante e profunda análise da campanha de erradicação do *Aedes Aegypti* nas Américas, costurando as relações nacionais e internacionais estabelecidas e conduzidas por Fred Soper, que fora conhecido por sua defesa intransigente das campanhas de erradicação e pela condução rígida das mesmas.
18 Magalhães, 2016, p.88-89.
19 Escorel, 2015, p.245.
20 Magalhães, 2016, p.91.
21 Id., 2016.
22 Marcolino G. Candau, um homem de destaque, 1970; Bragança, 2008, p.10-11.

conseguido uma bolsa de estudos para participar do curso de Higiene e Saúde Pública na Universidade do Brasil, com duração de um ano, igualmente em 1936[23,24]. Em 1937, Candau tornou-se Diretor do Centro de Saúde de Nova Iguaçu, chegando à Assistente do Diretor-geral do Departamento de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 1938[25].

Candau estava, assim, ascendendo em sua carreira na saúde pública brasileira quando, em 1939, o governo decidiu por criar o Serviço de Malária do Nordeste, dada a dimensão que a epidemia havia tomado naquela região. Lopes[26] destaca que o trabalho desenvolvido pelo SCFA[27], conduzido pela Fundação Rockefeller, foi fundamental para o rastreamento e o combate emergencial ao *Anopheles gambiae*, espécie do mosquito transmissor de um dos tipos mais severos de malária. O trabalho anterior conduzido pela agência contra o vetor da febre amarela também possibilitou que o Serviço de Malária do Nordeste (SMNE) pudesse ser organizado rapidamente e desenvolvesse um trabalho eficiente graças aos profissionais já treinados presentes no território brasileiro[28]. Soper, responsável pela condução do SCFA, e grande defensor da busca pela erradicação, assumiu o SMNE[29].

Em 1939, Candau decidiu aplicou-se para uma bolsa de estudos nos Estados Unidos ofertada pela Fundação Rockefeller, cuja aprovação deveria passar pela apreciação de Fred Soper. Aqui cabe lembrar que as propostas da Reforma Sanitária de 1920 incluíram a criação de cursos de especialização em saúde pública com apoio da Fundação Rockefeller por meio da concessão de bolsas de estudos nos Estados Unidos para médicos brasileiros e por meio da vinda de professores estadunidenses para ministrar a formação no Brasil. Parceria esta que foi reforçada nos anos 1930, com a chegada de Vargas ao poder[30], como já mencionado. Fred Soper aceitou a candidatura de Candau, porém condicionou seu endosso à aplicação a sua ida ao Nordeste para trabalhar como médico pelo SMNE e à perda de dez quilos. Em 1939, Candau partiu ao Nordeste brasileiro para trabalhar como médico na campanha contra o *Anopheles gambie*, e perdeu quinze quilos[31]. Segundo consta em sua ficha de aplicação para bolsa, Candau

---

23 The Rockefeller Foundation. International Health Division. Personal History Record and Application for the Fellowship. RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau; Cueto; Reinalda, 2015.

24 Outra referência, Waldenir Bragança (2008), escreve que Candau realizou o curso de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública entre 1936/1937. Não foi possível buscar compreender se as referências abordam um mesmo curso ou se são cursos diferentes, questão que pode ser analisada mais profundamente no futuro.

25 Dr Candau – Um Brasileiro cuida da saúde do mundo, 1957; Cueto; Reinalda, 2015.

26 Lopes, 2020, p.89.

27 Em 1939, o SCFA passou a ser de inteira responsabilidade do governo federal brasileiro, que o rebatizou de Serviço Nacional de Febre Amarela (Magalhães, 2016, p. 179).

28 Lopes, 2020, p.130

29 Cueto; Palmer, 2016; Lopes, 2020; Stepan, 2011;

30 Labra, 1985; Santos; Faria, 2006.

31 Braga, 1984, p.103-104.

informou que não falava nem entendia bem o inglês, mas que falava espanhol e francês (além do português)[32].

Assim, em 12 de agosto de 1940, o brasileiro chegou aos Estados Unidos para uma formação de um ano na Johns Hopkins School of Hygiene. Na ficha de Candau – parte dos registros do *International Health Division* (IHD) da Fundação Rockefeller – Soper escreveu para Wilbur August Sawyer, diretor do IHD, que o brasileiro era o primeiro candidato para uma *fellowship* "emprestado" do Serviço e recomendou colocá-lo em um dos serviços próprios da Fundação como teste preliminar. Soper ainda informou que ele estava em observação no último ano por seis a oito meses, período em que esteve no Serviço de Malária do Nordeste.

O oficial que conversou com Candau no dia seguinte a sua chegada registrou nos diários que este não falava bem inglês, mas por sorte havia chegado com um amigo americano[33], e que não havia entendido como o barco de Candau chegara com quase uma semana de antecedência. Fora arranjado para Candau a ida para Baltimore para ter aulas de inglês[34].

Em dezembro de 1940, ou seja, quatro meses após sua chegada, Hugo Muench, outro oficial da IHD da Fundação Rockefeller, escreveu que Candau já conseguia entender bem e falava melhor o inglês. Registrou também que ele não era muito interessado em estatística e que era "grandemente um administrador" e sugeriu que ele trabalhasse com os Departamentos de Saúde da Cidade e do Estado em Baltimore[35]. Em março de 1941, Muench registrou que Candau manifestara interesse em ver algo em nutrição, particularmente para crianças na pré-escola e que Candau havia superado suas lacunas na linguagem[36].

Em abril de 1941, foi planejada uma viagem à Washington para que Candau visitasse várias organizações entre maio e junho. Candau tinha uma lista de lugares que ele gostaria de visitar, porém alguns eram impraticáveis para a Fundação Rockefeller[37], assim, a lista de locais visitados foi definida pelos oficiais da Fundação[38]. Em 16 de agosto daquele ano, Candau retornou ao Rio de Janeiro[39] e assumiu a Chefia do Centro de Saúde de Niterói[40]. Em sua ficha

---

32 RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau. n.p

33 O nome mencionado é Anthony Kleiter. Não foi encontrada nenhuma informação sobre esta pessoa.

34 RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.502.

35 RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.575.

36 RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.609.

37 RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.643-644.

38 Candau passou por "estágio" nos seguintes locais, de maio a agosto: Washington D.C; no Departamento de Saúde de Durham, Carolina do Norte; no Departamento de Saúde em Chapel Hill, Carolina do Norte; no Departamento de Saúde do Estado em Atlanta, Geórgia; no Departamento de Saúde na cidade de Nova York. RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau, n.p.

39 A. G. Castro teria dito que Candau recebeu do governador do Estado do Rio de Janeiro a passagem de avião para voltar ao Brasil. RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.690.

40 RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau

de aplicação enviada à Fundação Rockefeller em 1939, Candau havia registrado que esperava retomar a posição de direção de um dos centros de saúde mantidos pelo Serviço de Saúde do Estado do Rio de Janeiro[41], por fim, assumiu a chefia do Centro de Saúde de Niterói[42], então capital do Estado do Rio de Janeiro.

Em fevereiro de 1942, Candau levou Mary Elizabeth Tennant, oficial do IHD, para conhecer o Centro de Saúde que chefiava, e esta registou em seu diário da Fundação Rockefeller que Saneamento Ambiental ainda não estava sob responsabilidade de Candau, mas que ele esperava que esta responsabilidade fosse transferida para seu escritório dentro de um mês[43]. Candau recebera "*Excellent*" na disciplina de *Sanitary Engeneering* quando de sua formação na *Johns Hopkins*[44], provavelmente por isso estavam interessados em saber se ele estava cuidando do assunto, dado que a Fundação tinha o claro objetivo de formar profissionais que trabalhariam na burocracia do Estado e fossem aplicar seus conhecimentos na saúde pública brasileira.

Em janeiro de 1942, no Rio de Janeiro, após reunião de consulta realizada entre os Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, na sequência do ataque à Pearl Harbor, a discussão a respeito da criação de um programa para sanear e levar saúde para a população latino-americana encerrou-se com acordos. Um dos tratados assinados, dentre os trinta no âmbito dos "Acordos de Washington", foi o de criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)[45]. O SESP nasceu a partir de uma parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) dos Estados Unidos e atuou principalmente na constituição de serviços de saúde em âmbito federal e no processo de formação e especialização para profissionais na área da saúde pública. Como argumenta Campos,

> A interação entre a agenda político-ideológica do regime Vargas e a pauta internacional de saúde pública, definida nos fóruns internacionais, materializou-se de diversas formas: pela especialização de médicos sanitaristas brasileiros na Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health – movimento que vinha da década de 1910; pela participação crescente de médicos brasileiros em instituições internacionais; e, por intermédio de acordos de colaboração entre governos para combate a doenças ou para a criação de instituições de saúde com financiamento e apoio técnico norte-americano. Esta última forma de interação entre a agenda internacional e nacional é perfeitamente exemplificada pelos SESP[46].

---

41 RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau

42 O Centro de Saúde era conhecido como Centro de Saúde Modelo pela sua estrutura e funcionamento de excelência e onde se preparavam novos sanitaristas. (Bragança, 2008, p.11)

43 RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau. n.p

44 RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau, n.p

45 Campos, 2006.

46 Campos, 2006, p. 22

A criação deste serviço inseriu-se no contexto da Segunda Guerra Mundial e o acordo fechado com os EUA teve por propósito promover ações gerais de saúde e de saneamento no Vale do Amazonas e, seguidamente, no Vale do Rio Doce, duas regiões de interesse para os estadunidenses: os EUA haviam enviado soldados para bases militares no Brasil, e buscavam assegurar a extração de minérios e produção de borracha, fundamental para suporte a seus esforços militares, para tal era necessário resguardar a saúde dos próprios brasileiros que trabalhavam nessas áreas. A lógica era sanear as regiões economicamente importantes para os EUA[47].

Vale mencionar que Hugo Muench, um dos oficiais do IHD que acompanhou o processo de formação de Candau na Johns Hopkins, registrou em seu diário que o reitor da Johns Hopkins, Lowell Reed[48], comentou que seria apropriado escrever francamente ao Exército a respeito dos *special fellows*, de modo a informá-lo sobre seus históricos e seu treinamento, perguntando ao Exército se eles seriam mais úteis como médicos de guerra ou nos campos especiais[49]. A passagem registrada não permite saber se o reitor referiu-se aos estudantes estrangeiros em formação ou aos estadunidenses, de todo modo, sabendo do interesse em formar esses profissionais para ampliar a base de apoio dos Estados Unidos, ainda que no campo político-ideológico, existe a possibilidade de que ambos fossem designados para auxiliar nos esforços de guerra, embora alguns indiretamente, como no caso dos profissionais que trabalharam no SESP.

O SESP foi um serviço peculiar no Brasil, pois gozava de autonomia político-administrativa, já que não estava inserido na estrutura do Departamento Nacional de Saúde, e possuía orçamento próprio. Apesar das críticas existentes, é importante considerar que o SESP, em sua concepção, previa a implementação de serviços no interior, formou mão-de-obra qualificada, promoveu educação sanitária e incentivou a dedicação dos funcionários à pesquisa científica. Tais características foram importantes para que os serviços de saúde pudessem se espalhar pelo interior do Brasil chegando a locais anteriormente desassistidos, bem como deram impulso ao campo da educação em saúde e treinamento de pessoal no país. Muitas bolsas de estudo concedidas aos funcionários do SESP foram financiadas pela Fundação Rockefeller[50].

Neste mesmo contexto dos esforços de guerra, também foi criada a Comissão de Mobilização Econômica (CME) que, por sua vez, deu origem ao Serviço Especial de

---

47 Campos, 2006.
48 Reitor da *School of Public Health* entre 1937 e 1946. (Lowell Reed, online).
49 RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941, p.609.
50 Campos, 2006.

Mobilização dos Trabalhadores para a Amazônia (SEMTA) em novembro de 1942, com o objetivo de selecionar e cuidar dos homens que iriam se deslocar para trabalhar na extração do látex e produção da borracha na região amazônica[51]. O SEMTA atuou em articulação com o SESP, tendo sido por esse arranjo que Marcolino Candau foi um dos designados para trabalhar como médico na região Amazônica, onde chegou no início[52] de 1943[53].

Ao retornar da Amazônia, Candau teria ocupado o cargo de Diretor da Divisão de Educação Médica no SESP entre 1943 e 1944 e, de 1944 a 1947, foi Superintendente Assistente do Serviço Especial de Saúde Pública[54]. Em novembro de 1947, Clemente Mariani[55] escreveu para Eugene P. Campbell, então chefe do IAIA, para consultá-lo a respeito de nomear Candau como Superintendente do SESP, pois Sérvulo de Lima havia pedido dispensa da função[56]. Candau foi aprovado e passou a ocupar a função de Superintendente em 1947, na qual permaneceu até 1950.

Candau pôde, por meio de sua formação nos Estados Unidos e do trabalho no SESP, construído em parceria com os EUA, entrar em contato com profissionais e líderes internacionais da área da saúde, trocar conhecimento e experiências e constituir uma rede de contatos, sendo este um dos principais ganhos destes programas de cooperação, como apontou Birn[57]. Considerando os três pontos apontados por Campos[46] em sua argumentação sobre a imbricação da agenda nacional com a internacional, pode-se perceber que Candau esteve envolvido nas três situações.

Para além de sua atuação no SESP, ao retornar dos Estados Unidos, no período final de 1940, Candau também participou de encontros e reuniões do grupo de profissionais de saúde pública, que decidiram refundar a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH), primeiramente fundada em 1923 e cujo último Congresso havia sido realizado em 1930[58].

---

51 Miranda; Hochman, 2021.

52 Há uma carta, de 06 de abril de 1943, do Padre Helder Camara, à época Chefe do Departamento de Assistência Religiosa, informando a chegada em breve do "médico Marcolino Candau" e pedindo "pleno apoio moral" a ele por parte dos trabalhadores do SEMTA. (Circular pedindo apoio à Candau. Arquivo Nacional S7, caixa 4, pt3, p.54, nº de ordem 7137).

53 Braga, 1984, p.104.

54 Bragança, 2008, p.12.

55 Ministro da Educação e Saúde, que propôs a prorrogação do acordo entre o governo brasileiro e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) para manutenção do SESP por mais três anos ou "tempo maior". (Campos, 2006, p.207)

56 Carta escrita por Clemente Mariani a Eugene P. Campbell, chefe do Instituto de Assuntos Interamericanos. Rio de Janeiro, 1 de novembro de 1947. Documento parte do acervo de Candau doado à Casa de Oswaldo Cruz.

57 Birn, 2006.

58 Braga, 1984, p.106.

A SBH foi criada em um contexto no qual se buscava superar as importantes questões relacionadas ao saneamento do Brasil, assim promover a superação de diversos males que assolavam a população nos quatro cantos do país. No Primeiro Congresso de Higiene, realizado no ano de fundação da SBH em 1923, discutiu-se profilaxia de doenças, programas de educação, organização e administração dos serviços de higiene e o papel da enfermagem no serviço de saúde pública[59].

Candau assumiu também o papel de Secretário-Geral do VI Congresso Brasileiro de Higiene, que ocorreu de 19 a 25 de outubro de 1947. Na ocasião discutiu-se sobre "Pessoal para os Serviços de Saúde Pública; Novos recursos para a Profilaxia das Doenças Transmissíveis; Contribuição da Engenharia Sanitária no combate às Doenças Transmissíveis nos meios urbano e rural; Combate à mortalidade infantil no Brasil".

Candau organizou, na sequência, como presidente da SBH, o VII Congresso, realizado na Faculdade de Higiene e Saúde Pública em São Paulo de 12 a 19 de dezembro de 1948, no qual se discutiu a temática ampla denominada "higiene rural". Cabe lembrar que Geraldo de Paula Souza, representante do Brasil na Conferência de São Francisco e propositor da criação da OMS, era diretor desta Faculdade. Nesta Conferência Candau defendeu a indivisibilidade da Saúde preventiva e curativa e reforçou a importância de, aliada às ações de prevenção, ofertar igualmente cuidados de assistência médica[60].

Tão logo criada a OMS, fora necessário compor um quadro de funcionários da instituição e o nome de Marcolino Candau foi levantado como possibilidade para ocupar um cargo no alto escalão, tendo sido Geraldo Paula Souza o interlocutor desta negociação[61]. Em 1950, Candau parte para Genebra para ocupar o cargo de Diretor da Divisão de Organização de Serviços de Saúde da OMS, onde ficou por dois anos, de 1950 a 1952, sob a chefia de Martha Eliot, então Diretora-Geral Assistente dos Serviços Consultivos (*Avisory Services*) da OMS, que fora até o Rio de Janeiro para convidá-lo para este posto[62]

Em 1952, assumiu o cargo de Diretor-Assistente da Organização Sanitária Pan-Americana, sendo o primeiro na hierarquia após o Diretor-geral, de Fred Soper. Na Organização Pan-Americana, Candau pôde ganhar mais destaque com seu trabalho, que culminou em sua indicação para assumir o cargo de Diretor-geral da OMS. Soper buscou constituir um *staff*

---

59 Santos; Faria, 2006.
60 Braga, 1984, p.106.
61 Ibid., p.107.
62 Pires, 1954. Wegman (1983, p.1407) escreveu que Candau brincava dizendo que só havia aceitado o convite de Eliot para trabalhar na OMS porque ela havia ido ao Rio de Janeiro no período do Carnaval para recrutá-lo e seus filhos estavam insistindo tanto para ir "pular Carnaval" que ele não teve tempo de pensar em uma desculpa para recusar o convite.

robusto para a Organização[63], pois sabia que, com a criação da OMS, em algum momento a relação entre estas organizações teria de ser ajustada, assim, quis garantir que a Organização Sanitária Pan-Americana tivesse um forte "corpo" para não ser incorporada na OMS[64]. Pode-se pensar que Candau, que era funcionário da OMS em 1952 e também já tinha trabalhado com Soper, foi uma cartada estratégica para trazer um funcionário da OMS para a PASO (na sigla em inglês). Marcolino Candau entrou no lugar de outro brasileiro, Paulo C. A. Antunes, que retornara ao Brasil para assumir como decano na Escola de Saúde Pública de São Paulo[65].

Igualmente em 1952, Candau fora nomeado Professor Assistente na Cadeira de Higiene da Faculdade Fluminense de Medicina[66], cujo catedrático era o professor Manoel José Ferreira[67]. Sua carreira nos primeiros anos da OMS será abordada no tópico à frente e demais ações no próximo capítulo. No que diz respeito à trajetória profissional de Candau apresentada neste capítulo, dando um salto temporal, vale mencionar que o brasileiro chegou a ser nomeado Ministro da Saúde, em 1962, no governo de João Goulart, sem que houvesse aceitado o cargo. Em visita ao Brasil, em junto daquele ano, tão logo chegou ao Rio de Janeiro, Candau fora chamado por Bichat Rodrigues, Diretor-geral de Saúde do Ministério da Saúde, para uma conversa com Souto Maior e disse ao Diretor-geral da OMS que todos estavam esperando-o vir ao Brasil para assumir o Ministério, dado que sua nomeação saíra havia duas semanas. Candau respondeu a Souto Maior que teria que ter dado um aviso de seis meses para a OMS e que, neste sentido, o Gabinete seria finalizado antes mesmo de ele poder tomar posse[68]. O fato foi noticiado na imprensa nacional, porque o nome de Candau chegou a ser informado no Diário Oficial como tendo referendado a Lei que abria crédito para a construção do Hospital do Jornalista, o que foi retificado posteriormente. O período fora conturbado pela recursa de outras pessoas à nomeação de ministros para o governo de Brochado da Rocha [69], que assumiu como primeiro-ministro após a renúncia de Jânio Quadros em 1962.

---

63 Cueto, 2004, p.89.
64 Idem., 2004, p.84-85.
65 Ibid., p.90.
66 A nomeação saiu na Portaria nº1054 de 29 de novembro de 1952 do D.O.U. (Bragança, 2008, p.13).
67 Manoel José Ferreira, "mestre" de Candau, fora um dos selecionados para o primeiro Curso de Medicina Especializada, realizado de maneira intensiva (2 meses) em 1920, que propunha uma nova abordagem a partir da conjugação dos conhecimentos científicos acumulados pelo Instituto Oswaldo Cruz e a orientação norte-americana com relação à higiene. "Maneco", como era conhecido, desempenhou posteriormente importante papel na organização sanitária nacional (Labra, 1985, p.331).
68 Diary of Dr. Candau's visit to Rio de Janeiro, New York and Philadelphia – 21 June to 4 July 1962, pp.1-2. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.
69 Candau, quase Ministro, chegou a assinar uma lei, 1962, p.4.

1.2 Os primórdios da Organização Mundial da Saúde: contexto, atores e articulações de sua criação (1948-1953)

A Organização das Nações Unidas nasceu em um contexto conturbado do pós-Segunda Guerra Mundial, no qual os países de todos os cantos do globo estavam interessados em construir novas estruturas que promovessem a cooperação internacional como meio de evitar outros conflitos. Vale destacar que havia um grande receio do uso da bomba atômica e da energia nuclear para fins de guerra, sendo este um dos campos de preocupação inclusive para a futura Organização de saúde. Este cenário era igualmente permeado pelo receio dos Estados Unidos em enfrentar uma forte recessão econômica e, somado aos europeus, pela intenção de promover suas economias e o desenvolvimento dos países do chamado "Terceiro Mundo", alguns em processo recente de descolonização. Com o propósito de agir sobre o crescimento econômico e a estabilidade financeira dos países, em 1944 foram estabelecidos os acordos para a criação do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – o Banco Mundial – e do Fundo Monetário Internacional (FMI), no âmbito do chamado Acordos de Bretton Woods[70].

A proposta de desenvolvimento, emergente no pós-guerra, incluía a construção de cooperação em diversas áreas, como agricultura, saúde, educação, indústria e outras áreas. No entanto, a preocupação com a saúde e a proposta de os países agirem conjuntamente não era nova. Ao longo do século XX os países europeus e os países do continente americano realizaram uma série de conferências sanitárias para discutir sobre as principais doenças epidêmicas e acordarem medidas conjuntas de contenção e prevenção da disseminação, com foco especialmente nos grandes centros e cidades portuárias, deixando claro o intuito de preservar o comércio dos impactos gerados pelas epidemias[71]. No contexto após a Primeira Guerra Mundial, em 1920, os países decidiram pelo estabelecimento de uma Organização de Saúde sobre a supervisão da Liga das Nações – a *League of Nations Health Organization* (LNHO).

A Organização financiou diversas comissões internacionais sobre doenças e publicou estudos epidemiológicos e relatórios técnicos, além de ter sido envolvida na epidemia de tifo que acometeu, no pós-guerra, a Polônia e a chamada Europa Oriental. A Organização de Saúde também passou a criar comissões para tratar do estabelecimento de padrões biológicos, educação médica, unificação de farmacopeias, entre outras. No entanto, esta Organização, que não contava com a participação dos Estados Unidos, competia com outra organização de saúde

[70] Packard, 2016.
[71] Cueto, 2004; Howard-Jones; WHO, 1981; Lima, 2002.

sediada em Paris, o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP), que tinha os estadunidenses como signatários[72].

Assim, no entreguerras, havia no cenário internacional estas duas organizações de saúde. Com a início da Segunda Guerra Mundial, a LNHO viu a debandada de seus membros, enquanto o OIHP mantinha sua operação. Neste contexto, os únicos membros restantes da Organização foram convidados para contribuir com a Administração das Nações Unidas pelo Socorro e Reabilitação (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration,* UNRRA na sigla em inglês), criada em 1942 pelo governo de Roosevelt, e assinada por quarenta e quatro países. Apesar dos ataques da guerra e da redução das atividades, o Escritório Internacional – OIHP – sobreviveu e, ao final do conflito, informou que podia retomar suas atividades[73]. A UNRRA inicialmente operava na provisão de comida, abrigo, roupas e outras necessidades básicas para os países da Europa, norte da África e Ásia que haviam sofrido os efeitos das movimentações da guerra provocadas pelo Eixo (o bloco nazista), porém expandiram sua atuação para a provisão de serviços médicos e de saúde[74].

Em 1945, com o final da Segunda Guerra, cinquenta países reuniram-se em São Francisco, nos Estados Unidos, e assinaram o acordo que estabelecia a Organização das Nações Unidas. Na ocasião, dois oficiais da UNRRA, os médicos Simon Sze, chinês, e Geraldo de Paula Souza, brasileiro, notaram a ausência de proposta para criação de uma organização internacional específica para lidar com as questões de saúde, porém, por serem membros da UNRRA não podiam apresentar propostas diretamente. Havia um receio de que a saúde ficasse sob a rubrica dos "assuntos sociais" e que a ela não fosse dada importância suficiente. Assim, repassaram aos membros das delegações de seus respectivos países para que apresentassem uma resolução conjunta, o que foi feito pela delegação do Brasil e da China, e os países aprovaram unanimemente a proposta de criação de uma organização de saúde. Em 1946, o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) instruiu o Secretário-geral a convocar a conferência para discussão do assunto e, em 1946, um Comitê Técnico Preparatório reuniu-se em Paris para elaborar uma proposta de Constituição. A proposta foi apresentada em 1946, em Nova Iorque, e assinada pelas delegações de 61 países, destes, dez não eram membros das Nações Unidas[75].

Os responsáveis pela organização da nova agência de saúde – membros do Comitê Técnico Preparativo –, nascida a partir de 1946, tiveram de assumir diversas responsabilidades

---

72 Cueto; Brown; Fee, 2019; Charles, 1968; Howard-Jones,1981.
73 Howard-Jones, 1981; Packard, 2016.
74 Cueto; Brown; Fee, 2019
75 Cueto; Brown; Fee, 2019; History of WHO, *online*, s.d.

que não poderiam aguardar pela ratificação dos países para serem iniciadas, a começar pela absorção das funções das instituições precedentes, como a Seção de Higiene da Liga das Nações; o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, sigla em francês) e a Administração das Nações Unidas pelo Socorro e Reabilitação (UNRRA pelas siglas em inglês). Os preparativos para a formação da nova agência levaram três anos. Neste meio tempo, outras agências da ONU já estavam funcionando, avançando no desenho da cooperação internacional em outras áreas[76].

O Comitê Técnico Preparatório, responsável pela elaboração da proposta de organização interna, seus objetivos e suas competências, era formado por 16 profissionais com experiência e competência em áreas específicas e foi dirigido inicialmente pelo professor belga de medicinal social René Sand[77]. Dentre estes especialistas, destacamos a figura de Paula Souza, Brock Chisholm e alguns apoiadores da medicina social, que haviam tido grande influência no organismo de saúde da Liga das Nações, como o próprio René Sand, Karl Evang e Andrija Stampar.

Andrija Stampar, croata, foi o idealista da medicina social. Stampar tinha longa experiência na saúde pública e na saúde internacional, chefiou o Comitê Preparatório e foi eleito dois anos depois como presidente da Primeira Assembleia Mundial da Saúde[78]. Sua proposta para o preâmbulo da constituição da OMS traz uma compreensão ampliada da saúde e foi aceito praticamente por completo pelos demais membros. Era um dos candidatos mais preparados para assumir a primeira diretoria da OMS, entretanto, não foi escolhido pelo *Executive Board* provavelmente por conta de sua origem, dado que seu país tinha pouco poder nas relações internacionais e posicionava-se ideologicamente mais próximo à URSS.

René Sand, belga, era ativista e uma das principais figuras no mundo do trabalho social, fundou a Sociedade Belga de Medicina Social e foi o primeiro professor da cadeira de história da medicina e medicina social na *Free University of Brussels* em 1945[79].

Brock Chisholm, canadense, era, segundo Farley[80], um ótimo orador e reconhecido sanitarista em seu país. Chisholm era também uma figura controversa, manifestando ideias que inflamavam a opinião pública, como a defesa da esterilização e do controle populacional, por

---

[76] Cueto; Brown; Fee, 2019.
[77] Farley, 2008
[78] Farley, 2008; Packard, 2016
[79] Packard, 2016.
[80] Farley (2008) apresenta uma obra importante para entendermos os primeiros anos da OMS, as ideias em disputa e a condução de Chisholm entre o Comitê Técnico Preparatório da OMS e seu último ano de mandato como Diretor-geral em 1953.. No capítulo 2 – *Who was Brock Chisholm* – o autor traz uma pequena biografia do canadense e, no último capítulo, no qual aborda a aposentadoria de Chisholm, Farley traça interessante análise sobre algumas atividades e personalidade do primeiro Diretor-geral da OMS.

acreditar que a superpopulação levava à pobreza e ao baixo nível de saúde[81]. Porém, em alguns assuntos, Chisholm tinha um pensamento à frente do tempo, como era o caso de sua defesa incondicional da criação de uma instituição em saúde com caráter supranacional, suplantando as diferenças entre os países colocadas pelas fronteiras. Em sua participação em reunião do Comitê preparatório, deixou claro como acreditava fortemente que a futura organização era mais do que uma extensão das agências existentes anteriormente[82]. O primeiro Diretor-geral da OMS defendia que a instituição deveria ser esvaziada do nacionalismo e, para isso, deveria contar com um corpo de oficiais e com um Comitê Executivo composto de médicos especialistas, sem posição política, que dessem apenas conselhos técnicos[83]. Farley aponta ainda em seu livro que Chisholm era um ferrenho defensor da cooperação entre as nações – talvez por ter vivido no *front* os horrores da Segunda Guerra – e, neste sentido, defendeu com sucesso que o nome da organização fosse "mundial" ao invés de "organização internacional de saúde", indicando que este já apresentava uma visão ampliada das relações internacionais. Chisholm, assim como outros membros da OMS defensores da medicina social – como Andrija Stampar, e René Sand –, não era grande entusiasta das novas tecnologias como a única solução para os problemas de saúde do mundo[84].

Ainda com relação às reuniões do Comitê Técnico Preparatório, estas também tinham por objetivo definir as funções-chave da nova organização, tarefa realizada sem grandes desavenças entre os membros. Por fim, decidiu-se que a OMS deveria:

> controlar epidemias e doenças transmissíveis; compartilhar informação médica e de saúde; padronizar estatísticas vitais, preparações biológicas e medicamentos; ajudar na coordenação de atividades de pesquisa; e assessorar os governos nas questões de saúde e implementar o controle de medicamentos[85].

O Comitê definiu que a organização realizaria uma Assembleia Mundial da Saúde todo ano com a participação de delegados de cada país-membro, que escolheria entre doze e dezoito membros para compor o *Executive Board*, que teria três anos de mandato. Os membros do *Board* deveriam se reunir três ou quatro vezes por ano para dirigir e controlar as atividades da

---

81 Farley, 2008, p.173-174
82 Idem, 2008, p.17.
83 Farley, 2008.
84 Idem, 2008, p.122.
85 No original: "[...] control epidemics and communicable diseases; to exchange medical and health information; to bring about standardization of vital statistics, biological preparation, and drugs; to help coordinate research activities; and to advise governments on health questions and implement the control of drugs." (Farley, 2008, p.18, tradução minha)

organização. E haveria um Diretor-Geral, que seria responsável por indicar os membros que comporiam o *staff* de secretariado da organização e preparar os orçamentos[86].

As definições ficaram mais difíceis quando passaram a envolver questões outras políticas, como a localização dos escritórios regionais da organização e o papel destes em relação ao renovado imperialismo europeu que procurava reconquistar por outros modos suas colônias na África e na Ásia. Desde 1946 pensava-se em promover a regionalização da OMS a partir da criação de cinco escritórios regionais, quais sejam: Américas; Sudeste Asiático; Europa; Mediterrâneo Ocidental; Pacífico Oriental. Inicialmente houve resistência a respeito da divisão da OMS em regiões, porém a argumentação dos Estados Unidos e dos demais países americanos em defesa da manutenção do Escritório Sanitário Pan-Americano fez com que a proposta de regionalização fosse mantida[87]. A criação dos escritórios regionais será abordada em tópico a frente.

Estas questões foram levadas à decisão da Conferência Internacional de Saúde, preparatória da fundação da OMS, realizada em Nova York em 1946. A Conferência contou com a presença de delegados de cinquenta e um países-membros das Nações Unidas, juntamente com observadores de treze países não-membros e das maiores organizações de saúde. Na ocasião, Paula Souza, representante do Brasil, declarou o apoio do país à Organização Mundial de Saúde, porém defendeu a manutenção do, então, Escritório Pan-Americano de Saúde como escritório regional da agência sediada em Genebra[88].

A primeira Assembleia Geral da Saúde realizada em Genebra em 1948 teve como um de seus objetivos selecionar dezoito Estados-membro aptos a designar quem faria parte do Conselho Executivo, que era então responsável por escolher o(a) Diretor(a) Geral. O primeiro Diretor-Geral escolhido pelo Conselho, em 1948, foi Brock Chisholm, anteriormente Secretário-Executivo da Comissão Interina[89].

Chisholm ficou apenas um mandato como diretor, ou seja, de 1948 a 1953. Quando de sua resignação do cargo, declarou que muitos países ainda investiam grandes somas de recursos com defesa, porém não faziam o mesmo investimento na economia e desenvolvimento social dos países menos favorecidos. Afirmou também que muitos países estavam preocupados com seus interesses nacionais e tinham dificuldades em agir em nível supranacional. Para Chisholm, era preciso abandonar os valores nacionalistas e trabalhar em prol de propostas universais e, em

---

86 Farley, 2008., p.18
87 Cueto; Brown; Fee, 2019.
88 Posteriormente Organização Pan-Americana de Saúde.
89 OMS, 1958.

seu entendimento, para o bom funcionamento da OMS, era preciso haver um relacionamento harmonioso entre uma Assembleia Geral com pensamento mundial, um *Executive Board* independente e um Secretariado livre e confiável[90].

Os primeiros anos de existência da OMS não foram simples, principalmente por conta do contexto político da Guerra Fria que colocava uma série de desafios para o funcionamento de instituições internacionais. Antes mesmo da Segunda Assembleia Mundial da Saúde, em 1949, a União Soviética, juntamente com a Ucrânia e a Bielo-Rússia, retiraram-se da organização e, após a Assembleia, Bulgária, Romênia, Albânia, Polônia, Tchecoslováquia e Hungria fizeram o mesmo. As repúblicas soviéticas consideravam que haviam tido grandes perdas materiais e pessoais com a guerra e que estas não foram compensadas pelo Plano Marshall, pelas agências de cooperação bilateral ou pelas organizações multilaterais, por esse motivo alguns países soviéticos se retiraram da OMS e boicotaram também outras agências da ONU[91]. Ademais, a visão a respeito da saúde pública – que, para os soviéticos, deveria ser centralizada e dirigida pelo Estados – e, consequentemente, das ações que deveriam ser desenvolvidas, conflitava com o entendimento dos Estados Unidos e países em sua esfera de influência, que disputavam espaço político dentro das organizações[92].

Em 1949, Stampar, representante da Iugoslávia, defendeu que a OMS deveria concentrar-se em quatro princípios: segurança social e econômica, educação, nutrição e habitação. Entretanto, as propostas da medicina social implicavam em questionar muitas inequidades que eram parte das sociedades ocidentais e, portanto, entravam em conflito com a ideologia capitalista, defendida por grande parte dos países que compunham a OMS naquele momento. De modo a evitar atritos com os Estados Unidos, a organização passou a adotar um discurso de defesa da assistência técnica, que estava relacionada à ideia de que os países chamados "subdesenvolvidos" poderiam desenvolver-se com a transferência de conhecimento e tecnologia, o que dispensava o debate sobre as condições socioeconômica destes países e o modelo de desenvolvimento que lhes estava sendo empurrado[93].

Chisholm sabia que dificilmente seria reeleito e quando comunicou sua saída, as movimentações para escolha de um sucessor iniciaram. Segundo Marcos Candau, fora Manuel Ferreira que, reunido com Brock Chisholm e demais do Comitê Executivo, teria sugerido

---

90 Farley, 2008, p.189.
91 Cueto, 2007; Cueto; Brown; Fee, 2019.
92 Brown; Cueto; Fee, 2016.
93 Cueto; Brown; Fee, 2019, p.63-64.

Marcolino Candau como Diretor-Geral da OMS.[94] Ou seja, tudo indica que Candau era bem-quisto por diferentes pessoas que foram indicando-o para diferentes posições.

Parte da decisão de Chisholm de não tentar se reeleger estaria relacionada a sua desilusão com as resistências enfrentadas. Autores especulam que o canadense viu frustradas as possibilidades de implementar um programa abrangente, idealista e independente e de desenvolver atividades em saúde baseadas no modelo de medicina social. Sobretudo, Chisholm enfrentou polêmicas com os Estados Unidos, por conta das investigações sobre os funcionários internacionais no período do macartismo e por conta da postura de defesa de ações verticais, além das confrontações com o Vaticano por conta da questão populacional principalmente, que desagradava aos países católicos por consequência[95]. Segundo Farley, por conta de suas posições controversas, o governo canadense não estava disposto a defender fortemente um segundo mandato de Chisholm[96]. O *Executive Board*, composto de 18 delegados[97] deveria indicar um nome na Sexta Assembleia Mundial da Saúde (AMS) de 1953.

1.3 A eleição de Candau

A definição do processo de escolha foi, por si só, complicada, uma vez que os representantes não chegavam a um acordo quanto à melhor maneira de proceder. Decidiu-se que haveria uma série de rodadas de votações secretas nas quais o candidato com menos voto sairia até que restassem apenas dois nomes, e, caso o empate continuasse após três rodadas, todo o procedimento seria reiniciado. Os candidatos, oito no total, eram: A.L. Bravo e W. E. Coutts, ambos do Chile; N. Sinai e Frederick Lowe Soper, ambos dos Estados Unidos; Marcolino Gomes Candau, do Brasil; J. H. Holm, da Dinamarca; G.A Canaperia, da Itália; M. Jafar, do Paquistão[98]. Em 27 de janeiro de 1953 em votação secreta, o *Executive Board* votou a favor da nominação de Candau para o posto de Diretor-geral[99]. Em registro não identificado – que compõe o acervo doado à Casa de Oswaldo Cruz – que pode ser tanto de uma simulação do cenário possível quanto do que realmente ocorreu, Candau teria empatado com Jafar na primeira, segunda e terceira rodadas – com cinco votos cada; na quarta rodada, Jafar (com oito)

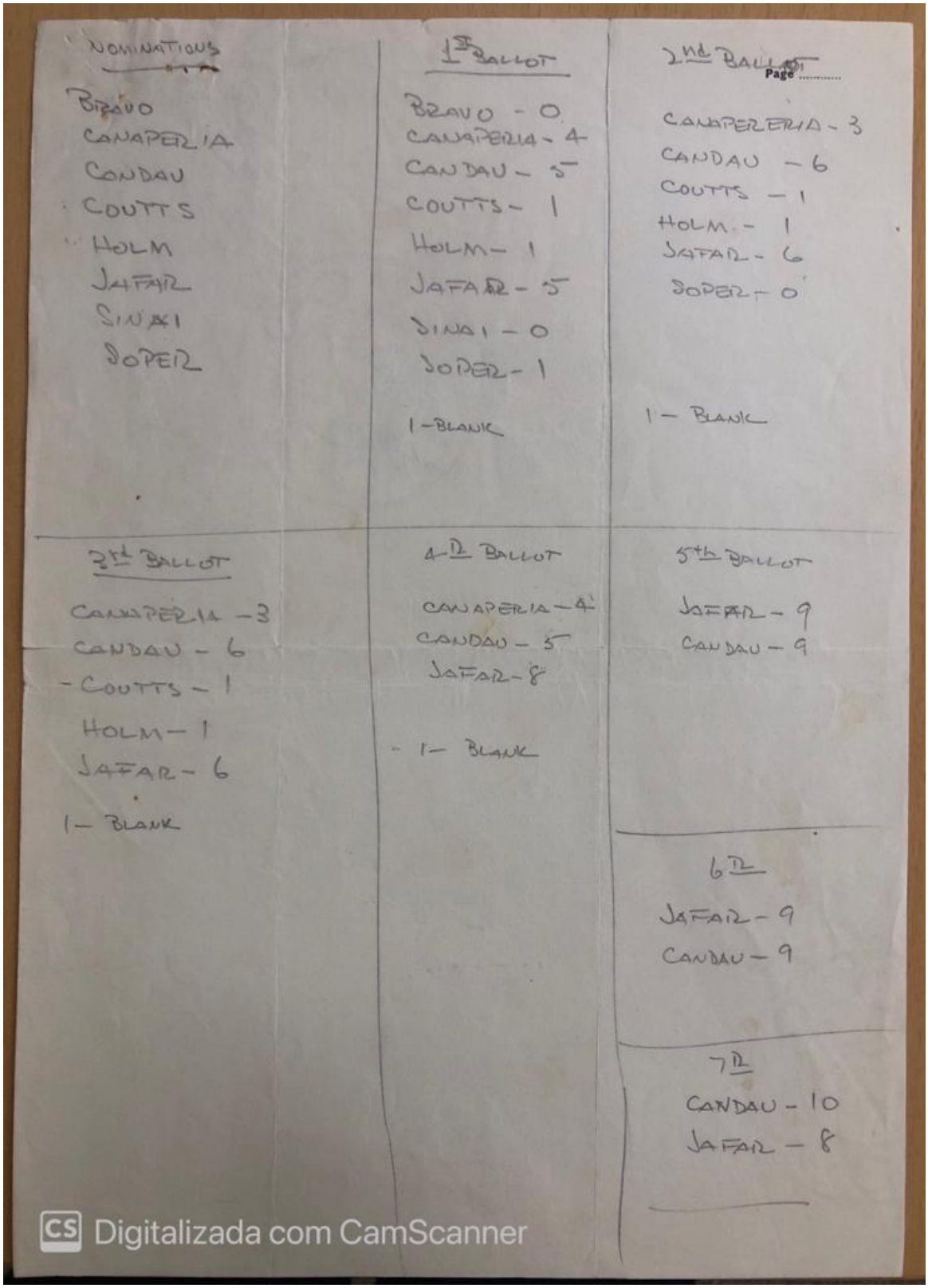
---

94 Informação passada por Marcos Candau, 2019.
95 Farley, 2008; Cueto; Brown; Fee, 2019
96 Ibidem, p.185.
97 Os países representados eram: Bélgica, Brazil, Canadá, Ceilão, Chile, Cuba, Dinamarca, El Salvador, França, Grã-Bretanha, Grécia, Irã, Itália, Líbano, Libéria, Nova Zelândia, Paquistão e Tailândia (Farley, 2008, p.190)
98 Farley, 2008.
99 EB11.R48 Nomination for the Post of the Director-General, 1953.

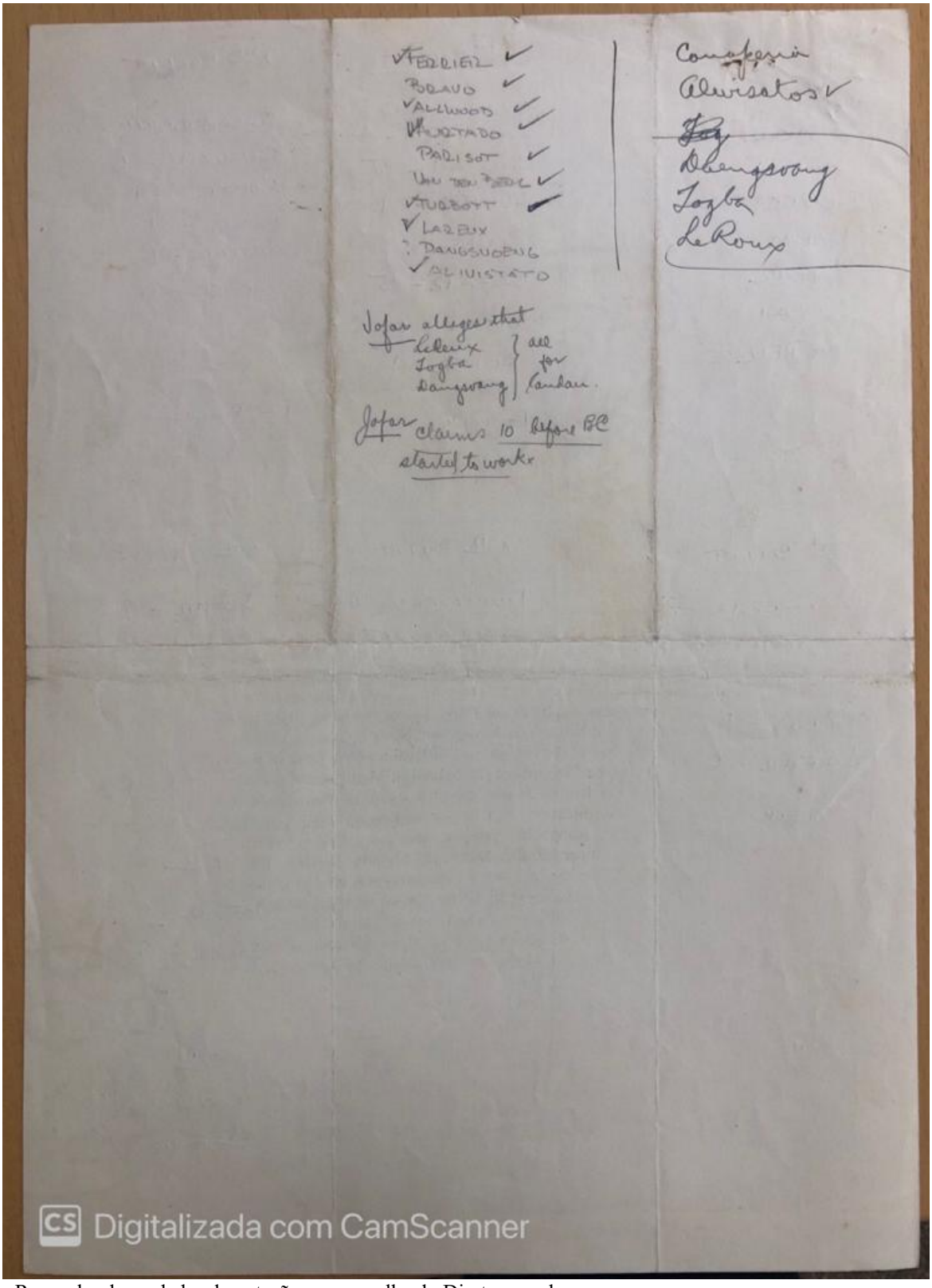
teria ficado com três votos a frente de Candau (com cinco) e Canaperia teria recebido quatro votos; na quinta e sexta rodada Candau e Jafar teriam empatado com 9 votos cada e na sétima e última rodada Candau teria levado dois votos a mais que Jafar, segundo anotação do documento do qual não se sabe a autoria[100].

Figura 2: Rascunho do número de votos nas rodadas de votação para Diretor-geral da OMS

[100] Anotações a respeito da votação no Comitê Executivo para nomeação do Diretor-Geral. Documento do acervo doado por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau. Pela letra, pode-se supor que seja de Brock Chisholm.



Rascunho das rodadas de votação para escolha do Diretor-geral.
Documento parte do acervo doado pelo filho de Marcolino Candau, Marcos Candau. Sem identificação e data. Doado ao CHDS da Casa de Oswaldo Cruz.



Rascunho das rodadas de votação para escolha do Diretor-geral.
Documento parte do acervo doado pelo filho de Marcolino Candau, Marcos Candau. Sem identificação e data. Doado ao CDHS da Casa de Oswaldo Cruz.

Farley[101], por sua vez, afirma que, na nona rodada de votação, após ter empatado com Jafar na sexta, sétima e oitava rodada, Candau ganhou o voto de confiança de algum delegado e venceu Jafar, tendo sido eleito com dez votos contra oito. Não se sabe exatamente qual país mudou o voto na última sessão. Ainda segundo Farley, o representante canadense, LeRoux, votou por Candau em todas as rodadas.

A informação anotada de que Candau recebera dois votos a mais que Jafar e a informação de Farley[101] também não coincidem com a anotação de Mary Elisabeth Tennant[102] em seu diário. A funcionária da Fundação Rockefeller escreveu, em 01 de fevereiro de 1953, que Candau havia sido escolhido para assumir o cargo de Diretor-geral com um voto de diferença para Canaperia e Jafar. Tennant também anotou que, em jantar com Fred Soper, este segredou que tinha confiança em Candau e acreditava que o brasileiro traria forte liderança para o Secretariado da OMS[103]. Segundo Farley, aparentemente, não houve indícios de que "a máquina americana de votos" trabalhou a favor de Candau e as votações indicaram que os membros do *Board* eram mais contra Jafar do que pró-Candau[104]. Aparentemente, de fato, os Estados Unidos não trabalharam para puxar votos para Candau.

Marcolino Candau, naquele momento, era Diretor-Assistente do Escritório Regional das Américas da OMS em Washington – o então Escritório Pan-Americana de Saúde –, trabalhando novamente sob a chefia de Soper, e tinha o apoio de Chisholm, que fez forte campanha a seu favor desobedecendo uma regra prática criada na própria Organização que estabelecia que os candidatos que estavam para se aposentar não poderiam envolver-se na eleição de seus sucessores. Segundo Cueto, Chisholm não gostava da personalidade de Soper e de sua postura "erradicacionista"[105].

Em carta pessoal e confidencial datada 04 de fevereiro de 1953[106], Pierre Dorolle, médico francês, Diretor-geral Assistente de Chisholm, informou à Candau que o *Executive*

---

101 Farley, 2008, p.193.

102 Mary Elizabeth Tennant foi funcionária da Fundação Rockefeller por 27 anos, iniciando sua carreira na instituição em 1928 como Diretora de Campo da Divisão de Educação Médica na Europa, tendo servido, mais tarde, como membro da equipe da Divisão Internacional de Saúde como especialista em enfermagem e saúde pública. Em 1945, tornou-se Diretora-assistente. Disponível em: <https://dimes.rockarch.org/agents/d2Cn3iNJem6V3MK73dXzxe?inheritRedirect=false>. Acesso em 28 dez. 2022.

103 Rockefeller Foundation, RG 12, Mary Elizabeth Tennant diary. Interviews: Miss Tennant's diary, February 1-4, 1953. Ack.3/2, p.31. Rockefeller Foundation Archives, RAC.

104 Farley, 2008, p.194.

105 Cueto, 2008, p.32.

106 Cópia de carta pessoal e confidencial enviada por Pierre Dorolle à Marcolino Candau. Deputy Director. Regional Office of the WHO for the Americas. Geneva, 4 February, 1953. A cópia da missiva foi doada por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, e entregue ao Centro de Documentação em História da Saúde (CDHS/Fiocruz).

Board terminara havia poucas horas, porém que não tinha informações precisas sobre os votos, mas sabia que Jafar havia sido um candidato ativo e fortemente apoiado pelo Reino Unido. Dorolle escreveu também que Canaperia fora apoiado inicialmente pelo grupo francófono, mas este percebeu que o apoio ao italiano iria dividir votos com Candau favorecendo a eleição de Jafar, o que fez com que o grupo decidisse por apoiar o brasileiro. Dorolle informou igualmente na carta que havia escrito para Jacques Parisot para informá-lo de que ele, Dorolle, continuaria ao lado de Candau caso o brasileiro fosse escolhido, uma vez que sabia que os francófonos estavam ansiosos para mantê-lo na OMS e que era útil informar algo desta natureza para convencê-los a votar em Candau. Dorolle porém ressaltou que este era apenas um movimento tático, pois respeitaria a decisão do futuro Diretor-geral – ainda a ser aprovado pela Assembleia-geral – de escolher quem ele desejasse para ser seu Diretor-geral Assistente.

Dorolle escreveu também que precisavam – referindo-se a Candau e ele – trabalhar arduamente para conseguir maioria ampla a favor do brasileiro na Assembleia. Segundo o Diretor-geral Assistente, provavelmente o Reino Unido usaria sua influência política junto à *Commonwealth* para recusar a nominação do *Executive Board* e que não sabia do posicionamento dos países Escandinavos e sugeriu que os serviços diplomáticos brasileiros deveriam se concentrar neste ponto. Comentou que, provavelmente, o grupo de países árabes e alguns países do sudeste asiático votariam contra Candau e informou que "cuidaria" pessoalmente dos três Estados Indochineses[107] e que acreditava poder contar com o voto das Filipinas. Dorolle escreveu ainda que acreditava que as Américas votariam por Candau, mas que no ano anterior alguns países não enviaram representantes para a Assembleia e que Soper poderia trabalhar junto a eles para desencorajá-los a mandarem delegados e sugeriu que o governo brasileiro deveria fazer um forte trabalho diplomático neste sentido.

Na missiva, Dorolle também apontou que o Vaticano contou com um observador em todas as reuniões do *Executive Board* do início ao fim e prontificou-se a conversar com o *Pro-Secretary of the State of the Vatican*, caso Candau e o governo brasileiro concordassem, a fim de convencer o Vaticano a apoiar o candidato brasileiro. Dorolle registrou que tomara conhecimento que os Estados Unidos não tinham candidato e não pretendiam apoiar Soper, e sugeriu novamente a atuação da diplomacia brasileira para conseguir apoio dos estadunidenses.

Por fim, Dorolle apontou que os argumentos que eram levantados contra Candau era o fato de que era jovem demais, que não tinha suficiente experiência internacional e nem na administração pública. Ademais, não era muito conhecido em alguns países. Afirmou,

[107] Dorolle foi Diretor do Serviço de Saúde Pública na Indochina Francesa e serviu com oficial de Saúde Pública nas colônias francesas de Saigon e Hanoi. (Cueto; Brown; Fee, 2019, p.69)

entretanto, que, junto ao corpo de funcionários da OMS, Candau era muito bem-quisto e não teria dificuldade em ter o apoio do *staff*. Dorolle escreveu que os funcionários jogaram os chapéus para o alto quando os rumores da nominação de Candau circularam no intervalo do almoço[108].

Em carta enviada a Chisholm, em 17 de fevereiro de 1953[109], após sua indicação pelo *Executive Board*, Candau escreveu para pedir comentários ou conselhos do ex-Diretor-geral. O brasileiro escreveu que estava sendo procurado para falar de sua futura postura frente aos problemas da OMS e que, na ocasião, havia respondido que somente se posicionaria após a Assembleia confirmar sua nomeação e depois de ter a chance de discutir todos os problemas em detalhes com Chisholm. Candau também informou na missiva que não havia conversado com ninguém sobre a possibilidade de ser nomeado Diretor-Geral e que, portanto, não tinha comprometimento com nenhuma pessoa e ressaltou novamente que só discutiria os problemas após conversar com o canadense.

Candau escreveu também que outro assunto que o estava preocupando era o conselho de muitos de que ele deveria iniciar a disputa pela sua eleição (aparentemente se referia às palavras de Pierre Dorolle), e que ele lamentaria muito se as eleições resultassem em uma grande competição na Assembleia baseada em argumentos políticos, religiosos ou raciais. Aqui é importante destacar que, ao falar sobre a posição do Vaticano, Dorolle escreveu que certamente este não iria querer um maometano na chefia da OMS[110]. Candau registrou que não tinha intenção de fazer campanha por sua eleição e enfatizou novamente que não tinha nenhum comprometimento e nem havia pedido apoio a nenhum grupo político, religioso ou racial. O brasileiro afirmou que tinha a intenção de manter uma posição neutra e que, se o preço de ser Diretor-geral fosse lidar com grupos e fazer comprometimentos em detrimento do interesse maior da OMS com o objetivo de garantir votos, ele preferiria ficar como Diretor-Assistente Regional e voltar ao Brasil em 1955[111]. Candau terminou afirmando que tinha um grande respeito pelo julgamento e apreciava grandemente a amizade de Chisholm e apreciaria muito os comentários e conselhos que ele pudesse dar.

---

[108] As informações apresentadas nos parágrafos acima referem-se à carta referenciada na nota 28.

[109] O documento é um rascunho da carta enviada e a data apresenta-se rasurada, portanto pode ter sido enviada no dia 12 ou no dia 17. Esta cópia da missiva foi entregue a mim junto com outros documentos por Marcos Candau, filho de Marcolino Gomes Candau, em São Paulo em 2018, e, posteriormente doados ao Acervo da Casa de Oswaldo Cruz.

[110] Cópia de carta pessoal e confidencial de Pierre Dorolle a Marcolino Candau. 4 de Fevereiro de 1953, p.2.

[111] No original: "I should like you to know that I consider it the greatest honor to be Director-General of WHO, particularly to succeed you, but if the price of being Director General will be to deal with groups and make commitments against the best interest of WHO in order to guarantee votes, I prefer to stay as Deputy Regional Director and go back to Brasil 1955." Rascunho de carta de Marcolino Candau a Brock Chisholm, datada de 17 de fevereiro de 1953, p.2.

Em resposta à Candau, Chisholm enviou uma carta no dia 23 de fevereiro de 1953[112] em que afirmou que ele agiu corretamente em não se comprometer com um grupo ou outro e que a resposta padrão e mais segura aos grupos de pressão deveria ser que ele seguiria sempre a Carta e as decisões da Assembleia Geral e do Comitê Executivo, sem atuar especificamente em favor de qualquer grupo ou pessoa. Chisholm adicionou que concordava que qualquer tentativa de brigar pela eleição seria um erro. Informou que os Estados Unidos estavam a favor de Candau e que esperava não haver nenhum problema com as eleições, mas que, considerando que o mundo estava dividido, ninguém conseguiria ser eleito unanimemente. Chisholm informou supor que o Pacífico Ocidental, quase todo o sudeste asiático, boa parte da Europa e todas as Américas iriam votar por Candau, assim como reforçou que Candau sempre foi preferência entre os membros do secretariado e que esta confiança do *staff* nele fora repassada aos governos.

Candau respondeu, então, a Pierre Dorolle[113] agradecendo pelas informações repassadas e informando que não se envolveria nos problemas da OMS para além do que lhe era exigido como Diretor Regional Assistente, posição que ocupava naquele momento, e que não faria campanha por sua eleição. Informou ainda que estava evitando qualquer comprometimento direto ou indireto com grupos políticos, religiosos ou raciais, que poderia enfraquecer a posição independente e neutra do Diretor-geral.

Na quinta plenária da Assembleia Mundial da Saúde, de 11 de maio de 1953, em sessão privada[114], os delegados de 64 países[115] votaram e o resultado foi: uma abstenção, 47 votos a favor e 16 votos contra, majoritariamente dos países árabes e asiáticos[116]. Na sexta plenária, aos 42 anos, Candau foi indicado a Diretor-Geral da OMS. Em seu discurso nesta Assembleia, Candau ressaltou o que havia escrito para Chisholm e Dorolle: que não tinha comprometimento com nenhum grupo nacional, político, religioso, racial ou nacional[117].

---

[112] Cópia de carta enviada por Brock Chisholm a Marcolino Candau em 23 de fevereiro de 1953. A cópia da missiva foi entregue a mim por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, em São Paulo em 2018.

[113] Cópia de carta redigida por Candau para Pierre Dorolle. Washingtoon, 13 March, 1953.

[114] WHO, WHA A6/VR/5, 1953, p.10.

[115] Os países votantes foram: Afeganistão, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Birmânia (atual Myanmar), Brasil, Camboja, Canadá, Ceilão (atual Sri Lanka), Chile, Coréia, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Egito, Equador, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Grécia, Guatemala, Honduras, Índia, Indonésia, Iraque, Irã, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Japão, Laos, Líbano, Libéria, Luxemburgo, México, Mônaco, Nicarágua, Noruega, Nova Zelândia, Paquistão, Panamá, Holanda, Peru , Portugal, República Federal da Alemanha, República das Filipinas, Reino Hachemita da Jordânia, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, Reino Unido da Líbia (atualmente Líbia), El Salvador, Suécia, Suíça, Síria, Tailândia, Turquia, União da África do Sul, Uruguai, Venezuela, Vietnã, Iugoslávia.

[116] Brazilian Named to Head U.N.'s World Health Body, 1953, p.6

[117] OR WHA 48, 1953, p.106.

O processo descrito acima sugere que a eleição de Candau foi resultado de vários fatores. Em primeiro lugar, a intenção dos países europeus de impedir a eleição de um representante de um país recentemente descolonizado e de maioria islâmica, o Paquistão. Em segundo lugar, a capacidade diplomática de Candau de manter laços com os diferentes grupos que faziam parte da diretiva da agência. Esta característica muito provavelmente se somou a certa "neutralidade" de que gozava Candau frente aos candidatos mais fortes na competição e à simpatia do governo dos Estados Unidos por sua figura, que já era conhecida e mostrava-se, de certo modo, alinhado às propostas estadunidenses ou, pelo menos, não abertamente defensor de medidas mais ligadas às ideias comunistas em vigor na época. E, segundo o próprio Candau, que escreveu no rascunho de seu discurso para a ocasião da morte de Fred Soper, em 1977, este teve papel importante na sua indicação para o cargo de Diretor-geral da OMS[118]

1.4 Os Escritórios Regionais, o caso da OPAS

Tão logo Candau assumiu como Diretor-geral, este precisou dar fim a uma questão que vinha sendo debatida ao longo do processo de criação da Organização: os escritórios regionais. As querelas eram de diversas ordens e Brock Chisholm, confrontado com a dificuldade em dividir os países em diferentes regiões com o propósito do estabelecimento dos Escritórios Regionais, deu sua contribuição para o avanço da discussão sobretudo por ter se mantido firme no propósito. Em reunião do Comitê Executivo de 1953, que discutiu o estudo organizacional sobre a regionalização submetido por Chisholm, o então Diretor-geral deu uma resposta direta aos membros do Comitê Executivo apontando que a regionalização estava estabelecida na Política da OMS, incorporada na sua Constituição, e que o documento não era para ser discutido como se apresentasse algum argumento para desistência da política[119].

Dentre as diversas questões que perpassavam a divisão dos países em regiões ou mesmo da participação destes nas decisões dos possíveis escritórios regionais estavam os conflitos árabe-israelenses, a questão dos países ainda colônias ou protetorados, países com mais semelhanças na questão sanitária a outros mas que seriam colocados em regiões diferentes,

[118] Rascunho para discurso que Candau foi convidado a fazer para a ocasião do funeral de Fred Soper, em 1977. Não catalogado

[119] WHO EB11/Min/3 Rev.1, 4 March 1953, p.4.

outros conflitos ligados à Guerra Fria e a existência de uma organização regional da saúde[120], a Organização Sanitária Pan-Americana.[121].

Candau conseguiu dar, logo nos primeiros anos como Diretor-geral, um bom encaminhamento às questões da divisão dos Escritórios Regionais, apesar de, aparentemente, não ter se envolvido e se preocupado grandemente com elas. Uma hipótese é a de que Candau considerava que, se entrasse a fundo nas discussões a respeito da alocação de um ou outro país nos diferentes Escritórios, poderia se colocar em situação complicada de ter de explicitar seu posicionamento político e assim perder a "neutralidade" que deveria ter o Diretor-geral, por esse motivo teria deixado as discussões para a plenária, para o Comitê Executivo e para os próprios Escritórios Regionais.

Com relação à consolidada Organização Sanitária Pan-americana, esta não quis renunciar a seu *status* e autonomia, pois os países latino-americanos acumulavam uma tradição de cooperação na área sanitária, onde grandes projetos em saúde se desenvolveram, alguns com apoio da Fundação Rockefeller e do Departamento de Estado dos EUA[122]. E os diretores da Organização latino-americana agiram de modo a fazer as alterações necessárias em sua própria estrutura para que esta permanecesse como uma organização autônoma, como foi o caso da votação de resolução na Conferência de Caracas, em 1947, que afirmava o caráter continental da Organização e que estava deveria atuar como Comitê Regional da OMS nas Américas[123]. Em 1949, a OMS - ainda sob a direção de Chisholm – e a Organização Sanitária Pan-Americana assinaram um acordo que definiu exatamente estes desejos, tornando a Organização um Escritório Regional da OMS, continuando a ser, porém, uma agência especializada dos países americanos com sua autonomia administrativa e financeira[124].

A relação entre PASO[125] e OMS vinha à tona muitas vezes na fala dos delegados ou diretores em reuniões oficiais na década de 1950, como a fala do delegado de Cuba, Dr. Hurtado, que sentiu necessidade de esclarecer a posição da região das Américas após fala de Soper, na 9ª AMS, de 1956:

> Dr. HURTADO (Cuba) não achou que o Dr. Soper tivesse definido claramente a posição na Região das Américas, pois poderia parecer, em seus comentários iniciais, que Soper estava se referindo ao Escritório Regional da OMS. Seria mais correto explicar que a Organização Sanitária Pan-Americano [PASO na sigla em inglês] era uma instituição internacional e interamericana, com

[120] Cueto, Brown, Fee, 2019; Farley, 2008; Sidiqqi, 1995.
[121] Em 1947, o então Escritório Sanitário Pan-Americano, formalizou a mudança de seu nome para Organização Sanitária Pan-Americana (Farley, 208, p.99). Para uma história mais detalhada da OPAS, ver Cueto, 2004.
[122] Cueto, 2004, p.76.
[123] Cueto, 2004, p.78; Farley, 2008, p.98-99.
[124] Id., p.100; Cueto; Brown; Fee, 2019, p.72.
[125] Organização Sanitária Pan-americana, na sigla em inglês

> personalidade jurídica própria, que realizava os trabalhos da organização regional da OMS. Todos os programas de saúde pública das Américas eram discutidos, organizados e promovidos pela PASO. A OMS era uma organização semelhante trabalhando em escala mundial. O Conselho Diretor da PASO atuou como Comitê Regional da OMS, e o Dr. Soper, Diretor da PASO, também era Diretor Regional da OMS. As Américas ficaram satisfeitas com esse arranjo[126].

Candau acompanhava as questões políticas da Organização sem, no entanto, envolver-se publicamente ou em profundidade. O assunto, no entanto, era discutido por Candau fora do ambiente da OMS, como mostram seus diários. O brasileiro abordava com conhecidos não somente a relação entre a OMS e a Organização latino-americana, como discutiu a respeito das eleições para esta última quando ainda estava em seu primeiro mandato como Diretor-geral da OMS em 1958.

Em 1958, previamente às eleições para Diretor-geral da PASO, Candau escreveu sobre este assunto em seu diário em diferentes ocasiões. Quando de um jantar com o Ministro da Saúde do Brasil, com Mario Pinotti e Adelmo de Mendonça, Diretor-geral de Saúde, em setembro de 1958, o Diretor-geral registrou que estava claro que Soper estava pressionando para continuar no cargo mais alto da PASO e Candau decidiu apresentar sua opinião a respeito para os "velhos amigos", como os chamou. A anotação compreender que Candau não era favorável à reeleição de Soper, tendo sugerido que o Ministro telegrafasse à delegação brasileira que estava em Porto Rico para pressionar que votassem em Horwitz, pois ele mesmo não poderia fazer isso[127].

Em viagem à Porto Rico, em 27 de setembro de 1958, onde se realizou a XV Conferência Sanitária Panamericana, Candau encontrou com Milton Sigel, Diretor-geral Assistente do Departamento de Administração e Finança da OMS, que comentou que os Estados Unidos haviam deixado claro seu apoio ao Dr. C. L. González, *Deputy Director* da

---

[126] OR WHA 71, 1956. p.180. No original: "Dr HURTADO (Cuba) did not think Dr Soper had defined sufficiently clearly the position in the Region of the Americas, as it might appear from his opening remarks that he was referring to the WHO Regional Office. It would be more correct to explain that PASO was an international and inter-American institution, with legal personality of its own, which undertook the work of the WHO regional organization. All public-health programmes [sic] of the Americas were discussed, organized and promoted by PASO. WHO was a similar organization working on a world-wide scale. The Directing Council of PASO acted as the Regional Committee of WHO, and Dr Soper, the Director of PASO, was also the Regional Director of WHO. The Americas were satisfied with that arrangement"

[127] Diary of Dr. Candau's visit to Portugal, Liberia, Brazil, Porto Rico and United States of America – 16 September to 5 October 1958, p.15. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

OPAS[128]. Candau anotou em seu diário que os votos estavam ainda mais divididos e que "o perigo da reeleição de Soper estava aumentando"[129].

Ainda nesta viagem a Porto Rico, Candau conversou também com o próprio González e depois com Horwitz e os registros de Candau permitem entender que houve uma disputa interna e que a candidatura de González fora colocada de última hora. Fred Soper, que era um dos candidatos deixava claro seu posicionamento contra Horwitz e Candau chegou a anotar que o estadunidense "estava muito envolvido em todo o negócio de qualquer maneira"[130]. Candau disse para ambos que não iria interferir nas eleições, mas manifestou para Horwitz que esperava que um dos dois – ele ou Gonzáles – fosse eleito. As eleições para novo diretor da OPAS, em 1958, foram tensas, mas, depois de nove rodadas de votação, Horwitz venceu González por dezesseis votos a cinco, obtendo a maioria de dois terços, que somavam quinze votos[131].

Candau, como Diretor-geral da OMS, tinha interesse em pacificar ou, ao menos, descomplicar a relação com a OPAS. Em conversa com Horwitz, ainda em Porto Rico, em 3 de outubro, depois de sua eleição, Candau comentou que a relação entre a OMS e a OPAS havia se deteriorado e disse que tinha a impressão de que as diretivas vindas de Genebra não eram bem recebidas pela OPAS e que o contrário também era verdadeiro: que as decisões de Soper não eram bem recebidas na sede na Suíça. Candau falou do seu interesse em desenvolver uma melhor relação com a OPAS e afirmou a Horwitz que podia contar com seu apoio para o que precisasse. O Diretor recém-eleito informou que a ideia era trabalhar em parceria com a OMS e que queria discutir com Candau em detalhes a questão dos postos-chave de trabalho na OPAS e mostrar a sua proposta de candidatos[132].

O brasileiro escreveu que Horwitz estava preparado para cooperar, mas que tinham – ele e Horwitz – que fazer o que era preciso para diminuir a impressão de que a OPAS seria absorvida por completo pela OMS dali para frente e seguiria estritamente o que Candau dissesse. Anotou também que, com o orçamento que a Organização Pan-Americana tinha, não era possível vê-la somente como um Escritório da OMS e que era preciso ter cuidado para construir uma boa relação entre as instituições sem apagar a posição de Horwitz. Concluiu que isso não era uma questão de desejo, mas da política estabelecida pelos governantes da OPAS[133].

---

[128] Na XV Conferência Sanitária Panamericana, o nome da Organização foi alterado de Organização Sanitária Panamericana para Organização Panamericana de Saúde. (Cueto, 2004, p.98)

[129] Diary of Dr. Candau's visit to Portugal, Liberia, Brazil, Porto Rico and United States of America – 16 September to 5 October 1958, p.18. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

[130] Id. p.22. No original: "As far as one can see, Dr. Soper is too much involved in the whole business anyway".

[131] Id., p.25-26.

[132] Id, p.29.

[133] Id., p.30.

Como Candau acreditava, de fato era preciso agir de modo a atenuar a tensão entre a sede da OMS e o Escritório Regional para as Américas. Em visita à Colômbia, em 1 de julho de 1959, Candau conversou com Horwitz, que comentou com o Diretor-geral que ele ouviu de pessoas que trabalhavam no escritório em Washington – que segundo Horwitz nunca foram "*PASB-minded*" – que ele não deveria tomar certa decisão porque isso passaria a impressão de que ele seguia as diretivas da OMS[134]. Candau não anotou qual fora sua resposta a Horwitz.

A historiografia[135] e os registros que se tem nos diários e nos documentos oficiais da OMS indicam que Candau conseguiu construir uma relação de confiança com a OPAS e não enfrentou muitas dificuldades com seu escritório nas Américas. Segundo Fee, Cueto e Brown, foi Candau quem decidiu que os Diretores Regionais deveriam ser eleitos pelos países membros de cada região e nomeados pelo Diretor-geral, além de ter permitido aos Diretores Regionais terem maior controle sobre as atividades programáticas da região[136].

1.5 Os primeiros anos à frente da OMS (1953-1958)

Os primeiros anos da OMS foram marcados por uma agenda intensa de discussão. Candau na apresentação de seu primeiro relatório na AMS de 1954 reforçou como a organização estava crescendo e destacou os problemas que isso trazia, notadamente a ausência de recursos para tocar os programas que estavam sendo demandados. Candau apontou as diversas agendas que pretendia tocar, como: ajudar os países a construírem seus serviços de saúde, treinar pessoal de saúde e médicos, coordenar e harmonizar as atividades de saúde pelo mundo, desenvolver serviços de saúde rural e saneamento ambiental, realizar campanhas contra doenças endêmicas e, por fim, ressaltou a necessidade de aumentar o orçamento da Organização para que esta pudesse cumprir com o que se propunha.

Na 7ª AMS, de 1954, a discussão centrou-se grandemente na construção do orçamento e o diretor-geral mostrou-se habilidoso na argumentação para convencer os delegados, destacando que seria um grande descrédito para a OMS e outras agências da ONU, como a UNICEF, caso projetos aprovados pela OMS e nos quais os países já havia começado a investir recursos fossem descontinuados[137]. O Diretor-geral, por fim, conseguiu um vultuoso aumento

---

134 Diary of Cr. Candau`s offical visits to Venezuela, Colombia and Brazil - 28 June to 07 July 1959, p.6. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.
135 Cueto, Brown, Fee, 2019; Farley, 2008; Siddiqui, 1995.
136 Fee, Cueto, Brown, 2016, p.1914.
137 OR WHA 55, 1954, p.127.

no orçamento, que passou a 11 milhões novecentos e cinquenta e três quatrocentos e sessenta mil dólares para o ano 1955[138], vencendo a proposta dos Estados Unidos de cortar o volume de recursos do orçamento total, cujo valor o máximo, já considerando um aumento, deveria ser de nove milhões novecentos e cinquenta mil dólares para aquele ano, como defendia sua delegação[139]. Anteriormente, Candau já havia manifestado sua opinião sobre o assunto: em reunião do Comitê Regional em Washington, em 1953, o Diretor-geral afirmou de modo expresso que, se os países quisessem cortar o orçamento da OMS, deveriam perceber que dependia igualmente deles determinar o que exatamente eles queriam da Organização[140].

A situação de saúde de diversos países nos diferentes continentes era alarmante em virtude das epidemias ou de problemas estruturais que impactavam na saúde e no desenvolvimento de modo geral dos países, exigindo ações imediatas para reversão deste quadro. Estas ações eram vistas como essenciais para muitos países desenvolvidos porque existia o temor de que as epidemias de doenças infecciosas se expandissem pelo mundo a partir dos países menos desenvolvidos, e, principalmente, por conta do receio do bloco ocidental de que as ideias socialistas conquistassem os países mais pobres devidas aos inúmeros problemas enfrentados, que garantiam terreno fértil para a expansão das ideias de promoção de melhorias sociais por ação do Estado. Dada esta situação e o avanço na ciência no período da guerra, que levou à criação de novas tecnologias para o controle de algumas doenças, a proposta de grandes campanhas para erradicação soou bastante plausível[141].

Ainda que a mais conhecida, a campanha de erradicação da malária não foi a primeira conduzida pela OMS, mas sim a campanha contra bouba (*yaws*), iniciada ainda na direção de Brock Chisholm, em 1950, em diversos países da América Latina, Ásia e África, apoiada também pela UNICEF[142]. A descoberta da penicilina – eficiente para os casos de Bouba –, conjuntamente com outras descobertas científicas e tecnológicas do pós-guerra, viabilizaram e impulsionaram as campanhas de massa para erradicação das doenças. Desta maneira duas ideias foram se consolidando no modelo erradicacionista: primeiro, que uma tecnologia podia dar uma rápida solução aos problemas de saúde; e, segundo, que uma boa administração de saúde era necessária para o sucesso da campanha. Supunha-se a partir destas ideias que a melhor maneira de criar ou fortalecer sistema de saúde em países subdesenvolvidos era com campanhas flexíveis e bem financiadas de controle de doenças.

---

138 OR WHA 55, 1954, p.430.
139 OR WHA 55, 1954, p.122.
140 Pires, 1954.
141 Packard, 2016.
142 Muniz, 2009.

Candau não desacreditou das tecnologias, ao contrário, era um entusiasta da inovação em diversos sentidos e, como será discutido no próximo capítulo, concordou com o prosseguimento da campanha contra a malária ancorada sobretudo no uso do DDT; no entanto, não furtou-se à discussão sobre a necessidade de levar serviços básicos de saúde à população de modo geral, principalmente nas regiões rurais, que eram majoritárias nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Além das campanhas de erradicação, neste período a OMS iniciou grande esforço em pesquisa científica, transpassando a divisão de papeis entre OMS e UNESCO, servindo como ponto focal para coordenação de pesquisas em câncer, doenças cardiovasculares, uso da energia atômica, imunologia e virologia[143].

Packard[144] argumenta que, nos anos 1950, a OMS guiou-se por uma visão bastante similar àquela da Fundação Rockefeller, tratando da saúde a partir de intervenções focadas em doenças específicas lançando mão de estratégias e das novas tecnologias biomédicas da época como propósito de erradicação. A leitura das fontes mostra que o Diretor-geral não compartilhava estritamente da visão de combate às doenças de maneira focalizada e com uma crença indiscutível nas tecnologias. É preciso considerar que as descobertas científicas certamente impactaram na decisão de Candau, além dos condicionantes políticos de um cenário de Guerra Fria e disputa ideológica que perpassava o campo da saúde. Ademais, a OMS era recém-criada e a necessidade de conduzi-la com pragmatismo era imperativo, com objetivo de fortalecer sua estrutura e sua autoridade sanitária. Ademais, como aponta Cueto[145], a disputa decorrente da Guerra Fria teve impactos em diversas áreas e a saúde tornou-se um instrumento para exercer poder e cooptar os países, principalmente os menos desenvolvidos, ademais de ter sido um campo por meio do qual se buscava afirmar a superioridade de uma ideologia frente à outra.

Como destacam algumas publicações de jornais e revistas[146], a OMS sob condução de Marcolino Candau desenvolveu, logo nos primeiros anos, ações direcionadas às diferentes realidades sanitárias dos continentes e países e avançou em assuntos diversos, como a formação e treinamento de profissionais da saúde, desenvolvimento de pesquisas e de estatísticas, campanhas contra a tuberculose, bouba, tracoma, cólera, estabelecimento de um sistema de alerta epidêmico e uso da energia nuclear na saúde, para citar alguns campos de atuação da Organização. Alguns destes temas serão abordados nos próximos capítulos.

---

143 Dr. M. G. Candau and W.H.O, 1973.
144 Packard, 2016.
145 Cueto, 2007.
146 Conspectus of World Health: Dr. Candau on W.H.O.'s Policy, 1956; Dr Candau – Um Brasileiro cuida da saúde do mundo, 1957.

É importante ter em vista que a OMS estava estruturando-se quando Candau assumiu a direção-geral e tal situação resultava em uma grande pressão para que fosse justificado o recurso financeiro investido na Organização. O Diretor-geral assumiu desde o início uma postura de conciliação de interesses e buscou tocar diferentes agendas importantes, o que ficou evidente para os atores envolvidos, como a Fundação Rockefeller. Robert S. Morison[147], funcionário da Fundação, registrou em correspondência que, no geral, a habilidade e sinceridade do Diretor-Geral e de seus principais funcionários e chefes de seção eram impressionantes. Morison anotou igualmente que Candau estava buscando fazer um bom trabalho, embora estivesse tentando realizar coisas de mais ao mesmo tempo e tentando agradar muitas pressões nacionais[148].

Na 10ª AMS, de 1957, os delegados se manifestaram a respeito da renovação do contrato do Diretor-geral, tendo o representante da Etiópia, Mr. Tseghé, sugerido que todos o acompanhassem na votação para que a decisão de apoiar a continuação de Candau fosse aprovada unanimemente[149]. Neste mesmo ano, a URSS, Polônia, Bulgária e Albânia retomaram sua participação na OMS[150].

1.6 Candau e Fred Soper

No que diz respeito à ligação de Marcolino Candau e Fred Soper, muito se fala sobre um alinhamento quase incondicional do primeiro em relação ao segundo e sobre a grande influência que este último teria exercido sobre Candau[151]. O brasileiro conhecia bem Fred Soper, pois havia trabalhado sob sua direção na campanha de erradicação do *Anopheles gambie* na região Nordeste do Brasil[152], e a relação se estendeu por anos, tendo, posteriormente, Candau tornado-se Diretor-Geral Assistente da Organização Sanitária Panamericana – o número dois de Fred Soper –, que seguiu trabalhando em contato com a OMS por muitos anos tanto na OPAS, na Fundação Rockefeller ou na *International Cooperation Agency* (ICA). Candau tinha apreço por Fred Soper por todo o apoio que o estadunidense havia dado para a ascensão em sua

147 Robert S. Morison era médico, neurofisiologista. Entrou na Fundação Rockefeller em 1944 como Diretor-assistente de Ciências Médicas e tornou-se Diretor de Ciências Médicas e Naturais da Fundação Rockefeller em 1955. (The New, 1986).

148 RSM. Geneva, Switzerland – June 1-3, 1954, p.64-65. RF RG 6.1 Series 2.1 Box 64 Folder 589 excerpt. DMPH General – World Health Organization. 1951-1955

149 OR WHA 79, 1957, p.149

150 Id., p.180.

151 Cueto, 2007, p.41.

152 Ver livro de Lopes (2020) para aprofundamento sobre os motivos e a como se deu a condução da campanha pela Fundação Rockefeller.

carreira e por tudo que pôde aprender com a experiência de Soper, que tinha 18 anos a mais que o brasileiro.

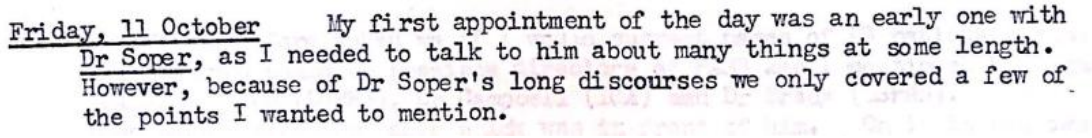
Entretanto, isso não significava que Candau estimava-o absolutamente e que não tinha críticas com relação ao estadunidense. Em seu discurso, na 6ª AMS, de 1953, após a sua nomeação para Diretor-geral, Candau afirmou

> que estava sendo constantemente guiado em seu trabalho pelas qualidades intelectuais, espirituais e profissionais de extraordinárias personalidades do campo da saúde pública, como Dr. Stampar, Dr. Evang, Rajkumari Amrit Kaur, Dr. Scheele, Dr. Salcedo, Dr. Khater, Dr. Shousha, Sir Arcot Mudaliar, Dr. Gear, Professor Parisot and Dr. Jafar[153].

O brasileiro não mencionou Fred Soper ao longo do discurso, ainda que aquele tenha sido, de certo modo, um dos impulsionadores de sua carreira internacional. Diz-se que Pierre Dorolle, o Diretor-geral Assistente desde a época de Chisholm, não nutria qualquer simpatia por Soper[154].

Ademais, Candau cansava-se muitas vezes dos longos discursos proferidos por Soper que, em certas ocasiões, impedia o Diretor-geral de levantar todos os pontos para discussão que desejava, tendo que fazer reservas a sua própria fala, como anotou em seu diário[155]:

Figura 3: Trecho do diário de Candau em que fala de Soper


Friday, 11 October My first appointment of the day was an early one with Dr Soper, as I needed to talk to him about many things at some length. However, because of Dr Soper's long discourses we only covered a few of the points I wanted to mention.

Fonte: Diário de Candau, parte do acervo pessoal obtido na Suíça. Doado ao CDHS da Casa de Oswaldo Cruz. Referência na nota de rodapé nº155

Em algumas de suas declarações Soper parecia querer confrontar Candau, apontando divergências, incoerências, em pontos de pouca relevância. Em seu discurso na plenária da 10ª AMS, de 1957, Soper afirmou que o relatório anual do Diretor-geral do ano de 1956 não apresentava uma visão completa do trabalho internacional em saúde na Região das Américas

---

153 No original: "I shall constantly be guided in my work by the intellectual, spiritual and professional qualities of such outstanding personalities in the field of public health as Dr. Stampar, Dr. Evang, the Rajkumari Amrit Kaur, Dr. Scheele, Dr. Salcedo, Dr. Khater, Dr. Shousha, Sir Arcot Mudaliar, Dr. Gear, Professor Parisot and Dr. Jafar."

154 Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, comentou ter lido em uma carta que Dorolle não gostava de Soper. O documento, no entanto, se perdeu.

155 Tradução minha: "O primeiro compromisso do dia foi logo cedo com o Dr. Soper, pois precisava conversar longamente com ele sobre muitas coisas. No entanto, devido aos longos discursos do Dr. Soper, abordamos apenas alguns dos pontos que queria ter mencionado". Diary of the Director-general's visit to Rangoon, Washington and New York – 14 September–12 October 1957, p.20. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

ou mesmo a medida verdadeira do trabalho da OMS por lá. Soper também destacou que "em contradição" com o que o Relatório do Diretor-geral apontou – que as técnicas de erradicação seriam aplicadas para outras doenças, como a varíola – a Região das Américas já estava comprometida com a campanha de erradicação da varíola desde 1950[156]. Os debates entre Candau e Soper no âmbito da campanha de erradicação da malária e da varíola serão apresentados nos capítulos respectivos dessas temáticas.

Em 1958, antes das eleições para Diretor-geral da OPAS, Candau escreveu em seu diário que comentara com amigos próximos que gostaria de trabalhar com Abraham Horwitz ou Carlos Luis Gonzáles – que havia sido responsável pela Divisão de Saúde Pública – ao invés de trabalhar com Soper novamente[157]. Nesta mesma viagem, Milton Siegel, no dia 27 de setembro de 1958, comentou com Candau que o governo dos Estados Unidos estava apoiando C. L. Gonzáles, mas que os votos estavam divididos e, no diário, Candau registrou que "o perigo da reeleição de Soper estava crescendo". O Diretor-geral também anotou que Pinotti havia instruído os brasileiros a votarem por Horwitz, mas, em caso de dificuldade, votar pela continuação de Soper[158]. Candau, obviamente, escreveu que "estava preparado para trabalhar com qualquer candidato, mas a única preocupação era que dificuldades poderiam resultar na reeleição do Soper", receio mencionado somente para amigos próximos[159].

Em viagem aos Estados Unidos, em 1958, já após a eleição e vitória de Horwitz, Candau conversou com Soper por 3 dias consecutivos a respeito de suas pretensões para o futuro. Soper manifestou preocupação pois não queria ficar em casa o tempo todo e brincou que sua mulher também não queria isso, Candau respondeu que simpatizava com ela. O Diretor-geral disse a Soper que queria saber de seus planos porque acreditava que seus serviços poderiam ser úteis para a OMS na área de malária, febre amarela ou doenças virais[160]. Apesar de toda a dificuldade em trabalhar com Soper, Candau reconhecia sua capacidade.

Os escritos dos diários de Candau levam a entender que Fred Soper não contribuía para uma melhor relação entre a OMS e a OPAS, e que o Diretor-geral tinha certas ressalvas com relação à Soper no âmbito do trabalho, ainda que pudesse nutrir certa relação de amizade. Candau anotou em seu diário, em 1959, após reunião com a OPAS que:

---

156 OR WHA 79, p.221.

157 O posto de Diretor da Divisão de Saúde Pública havia sido ocupado por Candau, que era, então diretor-assistente. Com a saída de Candau, González assumiu o lugar. Diary of Dr. Candau's visit to Portugal, Liberia, Brazil, Porto Rico and United States of America – 16 September to 5 October 1958, p.19. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

158 Ibid, p.18.

159 Ibid, p.19.

160 Diary of Dr. Candau's trip to New York and Washington – 18 to 25 October 1958, p.4. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958.

> [...] foi uma reunião agradável, cuja atmosfera era bastante diferente de reuniões similares ocorridas em anos anteriores. Certamente Dr. Horwitz pretende fazer seu melhor para construir e manter um melhor entendimento entre a OMS e a OPAS[161].

A anotação sugere essa relação complicada entre a OMS e seu braço nas Américas e que as reuniões não eram tão agradáveis nos tempos de Soper. Em outra ocasião, em conversa com Baumgartner – chefe da USAID – em 1962, Candau comentou que, se as ações da erradicação da malária fossem transferidas para o USPHS, ela perceberia que a presença de Fred Soper dificultar a cooperação com a OPAS[162].

Aparentemente a relação estabelecida entre os dois era de suspeição constante, pois, em algumas situações, Candau parecia entender os movimentos de Soper como uma tentativa de falar mais alto que o Diretor-Geral. Em uma de suas viagens aos Estados Unidos, Candau tomou conhecimento – "com muito interesse" que Fred Soper, que não era mais diretor da OPAS, estava estudando detalhadamente o acordo entre o Conselho da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Conselho Diretor da OPAS – assinado por ele e Alberto Lleras Camargo em 23 de maio de 1950 – e havia chegado à conclusão de que a OEA não podia impor nada à OPAS e havia se oferecido para se encontrar com o Secretário de Estado dos EUA, Dean Rusk, e dar sua própria interpretação sobre o acordo. Importante mencionar que nesta mesma conversa com James Watt, que relatou a história com Soper, Candau fora informado também de que estava difícil conseguir uma reunião entre o Diretor-geral e Dean Rusk e que "as pessoas em Washington" estavam tentando uma reunião com o Sub-secretário responsável pelos Assuntos Latino-americanos ao invés do próprio Secretário[163]. Possivelmente o assunto sobre o qual tanto Candau quanto Soper queriam conversar com Rusk era a respeito da possível exclusão de Cuba da OPAS, pelo fato de o país ter sido expulso da OEA, sendo que Fred Soper não tinha mais envolvimento com esta questão.

Por fim, pôde-se observar na troca de correspondências entre Soper e Candau que o tom da escrita é, no geral, impositivo, sem o costumeiro "*Dear Dr. Candau*" ou "*Yours sincerely*"

---

[161] No original: "it was a very pleasant meeting, the atmosphere of which was quitte different to similar meetings held in previous years. Certainly it seems that Dr. Horwitz intends to do his best to build up and maintain a better understanding between WHO and PAHO". Diary of Dr. Candau's visit to the United Nations, to the Pan American Sanitary Bureau/WHO Regional Office for the America and the American Public Health Association Meeting in Atlantic City -10 October to 22 October 1959. p.10. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964

[162] Diary of Dr. Candau's visit to New York and Mexico – 6 to 14 October 1962, p.9. Pasta 2 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

[163] Diary of Dr. Candau's visit to Rio de Janeiro, New York and Philadelphia – 21 June to 04 July 1962, p.6-7. Pasta 2 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964

ou “*With my best regards*” para finalização das mensagens, e que Candau respondia neste mesmo tom.

CAPÍTULO 2

2. LIÇÕES E LEGADO: A CAMPANHA DA OMS DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (1955-1965)

A campanha de erradicação da malária é uma das ações da OMS mais analisadas quando olhamos a historiografia a respeito das primeiras décadas de existência da Organização. Este interesse justifica-se, de certo modo, pelo fato de que as grandes campanhas carregam consigo um importante simbolismo, do ponto de vista do que representa um empreendimento desta monta, como ele é planejado para ocorrer, quem faz o planejamento e financia as ações e seus alvos. Ou seja, as grandes campanhas são uma bandeira, representam um movimento e uma maneira de olhar determinada questão de saúde.

O contexto em que esta primeira grande ação mundial se deu é igualmente relevante para compreender por que a campanha encontrou terreno fértil para ser lançada: vale lembrar que o desfecho da Segunda Guerra Mundial ocorrera pouco tempo antes da criação da OMS e a intensa movimentação de guerra havia gerado impactos imensuráveis em diferentes áreas, tanto pelo desenvolvimento da indústria, pelo avanço tecnológico, como pelo estabelecimento de novos pactos políticos, econômicos e sociais. Assim, no período subsequente, havia novos recursos materiais frutos das descobertas e invenções da guerra que eram vistos como viabilizadores da erradicação. Ademais, a OMS era uma Organização recém-criada quando da elaboração e lançamento da campanha, o que também não pode ser esquecido quando se pensa sobre esta primeira grande ação e a construção e encaminhamento da agenda de modo geral nos primeiros anos. Este foi o cenário no qual se forjou a defesa da campanha de erradicação.

Neste capítulo, buscou-se recuar brevemente ao período anterior à direção de Candau para mostrar como a campanha fora inicialmente gestada para, na sequência, apresentar como o Diretor-geral brasileiro se posicionava frente à questão. Também são apresentados os diferentes atores que contribuíram para a construção da campanha e influenciaram em seu desdobramento, mostrando igualmente a posição adotada pela OMS frente a estes. O texto buscou construir o retrato de como a agenda vai "virando" neste assunto especificamente, permitindo a compreensão de como a campanha estava sendo conduzida, depois foi perdendo o sentido, e, por fim, o assunto dos serviços de saúde foi ganhando proeminência na agenda e a campanha de erradicação perdeu seu destaque. Assim, a proposta foi jogar luz sobre o posicionamento de Candau diante das propostas colocadas para a campanha e destacar como o Diretor-geral lidou com os embates a respeito desta grande ação da OMS, respondendo a

algumas questões, como: Candau estava totalmente alinhado a uma proposta de campanha verticalizada e centrada na tecnologia? Como Candau manejou a disputa entre os países neste assunto? Até quando Candau defendeu a realização da campanha?.

2.1 A corrida contra a malária: antecedentes, métodos e justificativa

A defesa da campanha de erradicação da malária inseriu-se em um contexto de otimismo a respeito da erradicação dos vetores, fomentado no século XX, com as primeiras campanhas de erradicação do *Aedes aegypti* em Cuba[1], sendo ação conhecida para países e organizações internacionais, como a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller, que atuou largamente em diversas partes do mundo. Os novos modelos de campanha, porém, passaram a ter um caráter ainda mais verticalizado, com forte planejamento e valorização dos conhecimentos técnicos aprimorados ao longo da Segunda Guerra Mundial, deixando de lado a visão da saúde como algo mais amplo, integrado[2].

Desde 1918 a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller enfrentou tensão com pesquisadores e com a Liga das Nações que, por meio de sua Comissão de Malária, nos relatórios de 1924 e 1927, endossou a realização de medidas de profilaxia para o curto prazo e reformas estruturais e econômicas como medidas de longo prazo para controlar a doença[3]. Estas duas perspectivas de combate à malária teriam maior ressonância depois da Segunda Guerra Mundial, quando muitos funcionários da Rockefeller e da Liga passaram a formar parte do quadro de agências internacionais como a OMS. Porém, o fortalecimento da indústria química, com o melhoramento e descobertas de inseticidas e larvicidas, os resultados positivos das ações anteriores de combate à malária e, principalmente, o cenário de Guerra Fria deram novo fôlego aos defensores da campanha de erradicação[4]. Cabe destaque para a figura de Fred Soper, funcionário da Fundação Rockefeller, diretor da Divisão de Saúde Internacional da Fundação no Brasil, entre 1939 e 1941, condutor da campanha de erradicação do *Anopheles gambiae* no nordeste do Brasil[5]. Campanha esta que fora bastante importante para fortalecimento da postura de Soper em relação ao modo como acreditava que as campanhas de erradicação deveriam ser

1 Magalhaes, 2016
2 Cueto; Palmer, 2016.
3 Packard, Gadelha, 1997.
4 Lítsios, 1997; Packard, Gadelha, 1997; Cueto, 2007; Stepan, 2019.
5 Ver Lopes (2020) para uma análise aprofundada sobre esta campanha.

conduzidas e que servira de exemplo para a argumentação dos defensores das campanhas verticais de erradicação[6].

Ainda no período em que a OMS estava se estabelecendo (1945-1948), no qual as decisões eram tomadas por uma Comissão Interina, a erradicação da malária foi estabelecida como a prioridade número um[7], assim, quando Marcolino Candau tornou-se Diretor-geral, a OMS já havia conduzido algumas ações de erradicação da malária e outras ainda estavam em curso. Nos anos 1950, a discussão sobre empreender a campanha de erradicação ganhou força, mas, naquele momento, a organização decidiu por iniciar campanhas mais amplas contra doenças venéreas e tuberculose por serem doenças que acometiam fortemente alguns países da Europa Oriental, que estavam, ademais, assolados pela Segunda Guerra Mundial. Também foi iniciada a campanha contra a bouba, que foi menos celebrada e divulgada, porém atingiu resultados importantes[8].

A guerra contra a malária, para além de estar fortemente amparada nas questões econômicas, também simbolizava uma ofensiva contra o comunismo, como foi discutido amplamente pela literatura[9]. O combate à malária colocava em disputa duas perspectivas de saúde e desenvolvimento: de um lado havia os que defendiam que o desenvolvimento econômico e a melhoria das condições de saúde deveriam preceder à tentativa de erradicação da malária, entendendo que esta seria combatida como consequência das medidas colocadas em prática; e, do outro lado havia aqueles que defendiam que era preciso reduzir drasticamente a transmissão para abrir caminho ao desenvolvimento econômico dos países. Nesta disputa o DDT foi instrumento central no favorecimento da vitória deste segundo grupo, sobretudo por ter sido utilizado largamente e gerado bons resultados em ações na Grécia e na Itália, por exemplo[10]. A incorporação do orçamento da *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA)[11], que conduzira campanhas de combate à malária, no orçamento da

---

6 Packard, Gadelha, 1997; Packard; Brown, 1997; Packard, 1998; Farley, 2008

7 Lítsios,1997.

8 Muniz (2009), em sua dissertação, apresenta como o cenário nacional e o nacional criaram terreno fértil para a campanha de erradicação da bouba no Brasil entre 1956-1961 e apresenta como o combate a doenças, sobretudo as endêmicas em meio rural, era visto como essencial para permitir o desenvolvimento do país.

9 Farley, 2008; Litsios, 1997; Packard, 1997; Packard, 1998; Cueto, 2007; Cueto et al, 2019.

10 Lítsios, 1997; Packard; Brown, 1997; Packard, 1998; Farley, 2008, p.159; Stepan, 2019.

11 A United Nations Relief and Rehabilitation Administration foi criada em 1944 com a missão de prover assistência econômica às nações europeias após a Segunda Guerra Mundial e repatriar e prover assistência aos refugiados que passaram a estar sob o controle dos Aliados. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/united-nations-relief-and-rehabilitation-administration>. Acesso em 06 set 2021.

OMS também contou favoravelmente para a retomada das ações de combate tão logo fora criada a Comissão Interina de constituição da OMS[12].

Assim, ao final dos anos 1940 e ao longo dos anos 1950, a OMS promoveu campanhas de erradicação da malária em diversos países: em 1949, foi iniciada uma campanha contra a malária na Síria [13]; em 1950 houve uma tentativa de demonstrar o controle da malária com o uso do DDT no norte da Tailândia, o que levou a extensão do programa para três milhões de pessoas[14]; e um programa anti-malária foi iniciado no Vietnã em 1951 com ajuda econômica dos Estados Unidos[15], apenas para dar alguns exemplos. Em 1950, a Conferência sobre Malária realizada em Uganda[16], na África, resultou na defesa da realização da campanha de erradicação por toda a África independentemente do grau de endemicidade da doença e sem a necessidade de se esperar por resultados de mais experimentos, decisão que não foi posta em prática deste modo. Em 1952, a OMS iniciou atividades de pulverização de casas com inseticidas contra o mosquito transmissor da malária na região central de Java, também a partir de um programa apoiado pelo governo dos Estados Unidos por meio da Administração para Cooperação Técnica[17,18], que centralizava a ajuda bilateral estadunidense antes da criação da USAID nos anos sessenta. Em 1953, a OMS já havia implementado projetos de demonstração de controle da malária em 21 países e a proposta era que, com o tempo, o pessoal da OMS se retirasse, deixando a condução para os governos nacionais[19].

Assim, quando Candau assumiu como Diretor-geral, muitas ações contra a malária já estavam em curso em diferentes partes do mundo. A posição de Candau a respeito da campanha foi modificando com os anos. No seu relatório geral de 1953, Candau destacou que algumas doenças transmissíveis podiam ser controladas e citou como exemplo a varíola, para a qual já existiam conhecimentos técnicos disponíveis, ressaltando que seria necessário apenas se organizar nacionalmente para iniciar a campanha. Por outro lado, com relação à malária Candau demonstrou menos entusiasmo, registrando que a doença podia ser fortemente reduzida a ponto de deixar de ser um problema majoritário de saúde pública e apontou que, com exceção da

---

12 Lítsios, 1997, p.258.
13 OR WHA 48, 1953. p.102
14 OR WHA 48, 1953, p. 92
15 OR WHA 48, 1953, p.188.
16 WHO Mal 69, 1951.
17 A *Technical Cooperation Administration* foi criada em 1950 a partir do Ato de Assistência Econômica Externa (*Foreign Economic Assistance Act*) e suas funções foram transferidas, em 1953, para a Administração de Operações Estrangeiras (Foreign Operation Administration). Disponível em: <https://history.state.gov/departmenthistory/people/principalofficers/administrator-technical-cooperation-administration>. Acesso em 20 jul. 2021.
18 OR WHA 48, 1953, p.97-98.
19 Id., 1953, p.5.

África e do Pacífico Ocidental, a eliminação da malária como problema de saúde pública dependia de organizar as ações e ter fundos[20]. Ou seja, aparentemente nesse período o Diretor-geral considerava que a malária poderia ser controlada para que não causasse tanto problema para a saúde pública, não defendendo, por ora, exatamente a ideia de erradicação.

Candau apontou igualmente no relatório de 1953 que a possibilidade de descontinuar o uso de inseticidas residuais após alguns anos de controle da malária serviria de incentivo para que os governos adotassem esquemas amplos da campanha em seus países, bem como poderia induzir outros atores a proverem assistência em arranjos bilaterais e internacionais[21]. Posição esta que foi se modificando ao longo do tempo: Candau passou a defender o DDT mesmo quando a questão da resistência já não gerava mais dúvidas e posicionou-se contra arranjos bilaterais entendendo que estes enfraqueciam a OMS e deixavam os países muito vulneráveis a qualquer instabilidade política.

No relatório também está colocada a necessidade de realização de mais pesquisas para se entender as propriedades químicas e físicas dos inseticidas, e a interação destes com as superfícies e ação sobre os insetos, porque já havia críticas sobre a efetividade do uso de inseticidas em algumas superfícies. Candau argumentou que, a partir do que foi apresentado no relatório dos especialistas, para além do uso dos inseticidas, os governos ainda poderiam utilizar-se do que chamavam "métodos mais tradicionais", como trabalhos de construção e drenagem[22], ideia esta que não veio a ser mencionada novamente pelo Diretor-geral ao longo do Programa de Erradicação.

Candau não tinha se decidido por uma campanha mundial de erradicação da malária até 1955, ocasião da 8ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), realizada no México, a partir da pressão do Comitê Executivo, que se reuniu anteriormente à AMS e decidiu massivamente pela erradicação. A OMS havia decidido iniciar "projetos de demonstração" de combate à malária desde sua primeira Assembleia Mundial da Saúde em 1948 e desde então a condução destas operações já levantava questões importantes, como sua própria manutenção por terem um custo elevado. O delegado do Paquistão, Afridi[23], fez esta ressalva em 1953, apontando que se poderia tentar reduzir os custos a partir de uma abordagem estratégica de descoberta de falhas epidemiológicas na prevalência da malária nos países e mudar a política de modo a contemplar mais estudos e pesquisas amplas designando especialistas para irem aos locais. Afridi destacou

---

[20] OR WHO 51 The Work of WHO 1953, 1954, p.3
[21] Id., 1954.
[22] Idem, 1954, p.6
[23] Nos documentos oficiais da OMS, os nomes dos delegados não aparecem por completo, por esse motivo, em todo o capítulo faço referência pelo nome apresentado nos documentos analisados.

ainda que o programa proposto para iniciar em 1954 com financiamento dos fundos para Assistência Técnica da OMS seguia as mesmas diretrizes do programa anterior conduzido com orçamento regular, que tinha se mostrado inviável economicamente, e sugeriu que o orçamento regular da OMS fosse usado para aspectos estratégicos e os fundos da Assistência Técnica, para aspectos táticos do controle de doenças[24]. A discussão sobre o financiamento estava apenas começando e perpassaria toda a campanha, passando ao largo da discussão da estratégia em si.

Um dos principais motivos para que a erradicação passasse a ser vista como uma ação urgente e viável foi a disponibilização de financiamento pelos Estados Unidos, que tinham interesses econômicos nas áreas atingidas por malária, e o avanço da disputa com a URSS, que dava ainda mais motivos para que a luta contra a malária viesse imbuída da bandeira de libertação, tanto da doença – que afastava as pessoas de suas atividades laborais –, como da "escravidão" comunista[25]. A erradicação da malária tinha uma justificativa econômica[26]: as consequências da doença eram apresentadas muitas vezes em termos da quantidade de recursos financeiros perdidos pelos países considerando o número de horas – também calculado – que o trabalhador ausentava-se de suas atividades por conta da doença. Outro fato de pressão foi a adoção da campanha de erradicação pela Organização Sanitária Pan-Americana em 1954 na sua XIV Conferência Sanitária Pan-Americana: a OMS certamente não iria querer deixar que uma iniciativa de tamanha monta fosse iniciada e tocada somente no continente americano frente ao cenário delineado na África e Ásia, ademais era preciso aproveitar aqueles recursos financeiros que poderiam não estar mais disponíveis em um outro momento [27]. Pode-se dizer que houve uma confluência entre contexto político, ideias do período e janela de oportunidade[28] que foi favorável à adoção da campanha de erradicação da malária[29].

As campanhas de erradicação da malária mostraram suas limitações desde o início, tendo sido apontadas algumas delas no Relatório da XIV Conferência do Escritório Sanitário Pan-Americano (PASB) ainda em 1954. O documento informa que, com relação à campanha de erradicação da malária nas Américas, observações indicavam o desenvolvimento de resistência dos anofelinos aos inseticidas, o que poderia gerar muita dificuldade e até insucesso da campanha de erradicação. Não obstante, a Resolução recomendou a intensificação e coordenação do trabalho contra a malária com o propósito de erradicar a doença do hemisfério

---

[24] OR WHA 48, 1953, p.194-195.
[25] Como aponta Stepan (2019), o peso da malária sobre a situação econômica e social das populações era conhecido de longa data.
[26] Cueto et al, 2019, p.93.
[27] Siddiqi, 1995.
[28] Conforme o modelo de construção de agenda e políticas de Kingdom (2014).
[29] Cueto, 2007, p.53.

oeste; e sugeriu que os governos convertessem as campanhas de controle em campanhas de erradicação o mais rápido possível, para que esta pudesse ser atingida antes do aparecimento de mais resistência aos inseticidas[30]. A diferença entre controle e erradicação estava no fato de que as campanhas de controle tinham por objetivo focar no combate nas áreas afetadas pela doença, evitando que está se espalhasse e reduzindo o impacto da doença como grande problema de saúde pública, não tendo por objetivo eliminá-la, que era, por sua vez, propósito da campanha de erradicação.

Entretanto, a questão do controle ou erradicação da malária não esteve em discussão na 7ª AMS de 1954, na qual alguns delegados mencionaram as operações contra a malária sem aprofundamentos. Apenas quando da revisão e aprovação do programa regular e orçamento estimados para 1955, o delegado do Irã, Diba, comentou seu espanto ao ver que "Malária e Controle de Insetos" aparecia somente como subtópico de "Serviços de Doenças Transmissíveis", sem que houvesse um parágrafo no texto comentando especificamente o assunto. O delegado pediu ainda, ao final de sua fala, que a OMS aconselhasse seu país a respeito das próximas ações já que o Irã estava finalizando, após quatro anos, sua dispendiosa campanha de aspersão. O Diretor-geral Assistente do *Department of Advisory Services* da OMS, Dr. Sutter, respondeu-lhe, então, que os estudos sobre a suspensão das campanhas de pulverização e as pesquisas sobre resistência aos inseticidas estavam em curso[31], o que deixou explícito que a OMS tinha pouco claro para si como seria a etapa subsequente às pulverizações – a chamada fase de ataque.

Foi também nesta Assembleia que figuras importantes envolvidas com a erradicação da malária foram agraciadas com o Prêmio Darling Foundation, que premiava exclusivamente malariologistas, tendo sido G. Robert Coatney, biólogo estadunidense, e George Macdonald, britânico com formação em Saúde Pública[32], os vencedores do prêmio naquele ano. Vale apontar que MacDonald foi quem desenvolveu o modelo epidemiológico em que a teoria da erradicação estava baseada, no qual deu menos peso nos benefícios materiais da erradicação, preferindo ressaltar que a erradicação era um objetivo em si mesmo, utilizando a retórica de que a saúde é o principal propósito e que os ganhos econômicos e sociais não deveriam ofuscar esse alvo[33].

---

30 Executive Board, EB 15/35, Regional Committee for the Americas. Report on Sixth Session. Santiago, Chile, 1954. p.38

31 OR WHA 55, 1954, p.249-250

32 Id., 1954, p.102-103.

33 Packard, 1997; Packard, 2016.

Ainda na 7ªAMS, de 1954, Candau apresentou seu relatório anual iniciando pela questão da regionalização, apontando que era o objetivo da Organização ajudar os países a construir ou melhorar sua estrutura social, econômica e administrativa e ressaltando a necessidade de investir em formação e treinamento de profissionais[34]. Em discurso proferido em novembro de 1954, em reunião do Conselho Indiano de Pesquisa Médica, no qual abordou a questão da importância da pesquisa para o progresso da "ciência médica", Candau argumentou que a OMS, em sua experiência com os programas de controle das doenças transmissíveis, percebeu que os métodos usados em países mais "tecnicamente desenvolvidos" não poderiam ser simplesmente transplantados para outras regiões e que as diferenças climáticas, sociais e culturais nessas regiões não tinham apenas influência sobre o método de controle das doenças, mas também influência na reação da população ao agente infeccioso em si mesmo, alterando, em algumas situações, toda a epidemiologia da doença. O Diretor-geral citou o exemplo das ações de controle da malária e explicou que a OMS havia percebido desde o início que era necessário primeiro avaliar o problema da malária na área e que era preciso indagar sobre os costumes da população para entender como estes poderiam afetar o contato entre o homem e o mosquito e entre o mosquito e os inseticidas residuais[35].

Em 1955, seu discurso na 8ª AMS, no México, muda completamente. Candau, na ocasião, reforçou a importância de convencer os governos nacionais a aceitarem iniciar a campanha ou transformar o controle da malária em campanha de erradicação, pois a resistência ao mosquito já era comprovada, o que exigia uma ação imediata e, ademais, os países já estavam gastando recursos com as campanhas de controle, portanto era preciso fazer essa mudança para que os esforços não se interrompessem sem que se chegasse ao propósito final. Candau, enfatizou seu argumento lembrando dos grandes benefícios econômicos e universais que viriam com a erradicação da malária[36]. Paul Russell, malariologista, consultor da OMS para Malária e ex-funcionário da Fundação Rockefeller, forte defensor da campanha, destacou que "independentemente do que a OMS decidisse fazer, a campanha mundial de erradicação da malária já estava em curso"[37], declaração que correspondia ao fato de que Fred Soper, diretor da Organização Sanitária Pan-Americana[38], já havia se comprometido a conduzir uma campanha de erradicação nas Américas, tendo recebido uma grande soma dos Estados Unidos

[34] OR WHA 55, 1954, p.65
[35] Candau, 1955b, p. 319.
[36] OR WHA 63, 1955, p.65.
[37] OR WHA 63, 1955, p.205.
[38] Somente em 1958, a Organização Sanitária Pan-Americana terá seu nome alterado para Organização Pan-Americana de Saúde. Cueto, 2004.

para tal[39]. Segundo Cueto[40], o documento que propunha a campanha de erradicação foi pouco discutido e, aparentemente, enviado poucos dias antes da 8ªAMS aos países, o que leva pensar que foi uma decisão empurrada para a OMS.

Outra questão levantada nesta Assembleia foi sobre autorizar ou não o Diretor-geral a solicitar assistência financeira para governos e fontes privadas para financiamento do programa de erradicação, recurso a ser depositado na conta especial da Agência que fora criada para receber contribuições espontâneas. Candau posicionou-se dizendo que este deveria ser o ponto central da discussão, que estava girando sobre a criação ou não da conta especial, e apontou que na XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em outubro de 1954, fora adotada uma resolução autorizando o Diretor a obter assistência financeira para a malária de fontes públicas e privadas ou internacionais e sugeriu que a OMS adotasse termos semelhantes na resolução para resolver o impasse. De fato foi solucionado e, por fim, a resolução WHA 8.30 foi aprovada por 46 votos contra 2 e 6 abstenções[41], assim, decidiu-se que o DG poderia receber recursos de fontes públicas e privadas, o que possibilitou obter sobretudo a ajuda do governo dos Estados Unidos por diferentes atores. A representatividade da Organização Sanitária Pan-americana se fazia visível.

É interessante perceber no compilado da 8ªAMS a posição do delegado de Cuba, Hurtado, que defendia veementemente a campanha de erradicação da malária, manifestando, inclusive, grande entusiasmo com o fato de que os Estados Unidos estavam conduzindo testes finais de outros inseticidas mais poderosos que o DDT[42]. Os Estados Unidos estavam investindo fortemente na campanha. A *United States Foreign Operations Administration* (FOA), segundo o próprio diretor do Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental (EMRO), estava "despendendo muitos milhares de dólares em saúde na Região"[43], gasto que se justificava considerando o receio do governo dos EUA em ver a ideologia socialista espalhar-se pelos países subdesenvolvidos. Em contraposição, o delegado do Vietnã, Le-Van-Khai, insistia que os programas de malária deveriam estar em estreita coordenação com programas de saneamento ambiental, pois não havia registro de campanha bem-sucedida que não houvesse dado atenção a este ponto[44], solicitação que fugia da proposta de ação defendida pelo governo estadunidense

[39] Litsios, 2020.
[40] CUETO, 2007, p.44
[41] OR WHA 63, 1955.
[42] OR WHA 63, 1955, p.150.
[43] OR WHA 63, 1955, p.178.
[44] OR WHA 63, 1955, p.152.

e afastava-se do entendimento de intervenção na saúde estabelecido para a campanha, qual seja, uma intervenção mais vertical e pontual.

Os EUA tinham motivos importantes para fortalecer sua parceria com as organizações internacionais e estreitar bilateralmente seus laços com outros países que poderiam cair na influência socialista. Considerando o cenário de disputa com a URSS, foi por meio dessas ações que o governo estadunidense buscou melhorar sua reputação moral, expandir seus mercados, aumentar os investimentos e promover o desenvolvimento de maneira ordenada e controlada pelas elites nos países mais pobres, além de tentar se firmar como o grande defensor da paz mundial[45].

Alguns dos países que na 8ªAMS fizeram declarações a favor da decisão por iniciar a campanha de erradicação foram: Cuba, Estados Unidos, Equador, El Salvador, Haiti, Índia, Irã. Alguns dos países que levantaram questionamentos, sobretudo com relação ao orçamento disponível e à incerteza de serem bem-sucedidos foram: Reino Unido e Irlanda do Norte, Libéria, França, Bélgica, Marrocos, Paquistão, União da África do Sul. O delegado deste último país, Le Roux, sugeriu que a OMS apoiasse campanhas de erradicação nos países onde se via plausibilidade de atingi-la ao invés de ter projetos ambiciosos que poderiam gerar desaprovação, e enfatizou que a erradicação não seria alcançada somente com a pulverização e que a estratégia deveria iniciar pela criação de barreiras naturais e, por fim, barreiras humanas[46]. O delegado da Bélgica, Duren, comentou na ocasião da discussão sobre a resolução final que as delegações de seu país, Marrocos (zona francesa) e Tunísia eram simpáticas aos planos de erradicação da malária, ainda que o vissem mais como um ideal do que algo que pudesse ser alcançado em várias áreas[47].

Importante destacar que a resolução aprovada não especificava um limite de tempo para que o Programa fosse concluído[48], o que, com o tempo, mostrou-se uma das falhas do Programa. Anos após, em 1970, quando o programa se mostrou inviável, o Diretor-geral justificou no relatório "Re-exame da Estratégia Global de Erradicação da Malária" que, quando da aprovação da campanha, era impraticável estabelecer um tempo-limite do programa para o mundo inteiro e que a 8ª AMS reconheceu que não se deveria fazer essa sugestão[49].

---

45 Cueto; Brown; Fee, 2019
46 OR WHA 63, 1955, p.203, p.236.
47 OR WHA 63, 1955, p.231.
48 OR WHA 63, 1955, p.205.
49 OR WHA 176, 1969, p.108.

2.2 As dificuldades dos primeiros anos de campanha e a meta inalcançada em uma década de atividades

No Relatório-Geral do DG de 1955, Candau comentou a aprovação do programa global de erradicação da malária pela 8ªAMS, apontando que a conhecida resistência ao inseticida era um dos motivos pelo qual a campanha deveria ser iniciada o quanto antes somente nos locais em que fosse tecnicamente possível, ressalva feita pelo fato de que os países africanos somente implantariam um programa de erradicação de larga escala após os resultados de projetos-piloto[50]. Também mencionou, tanto no relatório de 1954 como de 1955, que estavam sendo investigadas as causas de falha na aspersão de DDT em certas áreas, problemas atribuídos à absorção do inseticida pelas paredes de barro das moradias de diferentes locais e comentou a existência de indicativos de que os anofelinos estavam tornando-se resistentes aos inseticidas.[51]

A decisão da OMS, no entanto, por não ter esclarecido desde o início como seriam as fases da campanha e definido critérios a respeito de quais países deveriam iniciar a erradicação na África ou estabelecer projetos-piloto, acabou por deixar muitas perguntas sem resposta e caminho aberto para mal-entendidos. Candau se surpreendeu em viagem a países da África e Ásia, em 1955, mais especificamente quando estava em Madagascar em uma reunião de discussão do Relatório Anual do Diretor Regional, quando percebeu que os representantes dos países da região haviam entendido que a 8ª AMS decidira por iniciar a campanha de erradicação em todo o continente e que a erradicação deveria acontecer em três anos. O Diretor-geral, então, enfatizou em seu discurso que a opinião da OMS era de que a decisão de erradicar a malária não deveria ser apressada na Região do Escritório Regional da África sem que mais estudos fossem desenvolvidos[52].

Na 9ª AMS, realizada em Genebra em 1956, o delegado do Egito, El Halawani, destacou a importância de conter a circulação transnacional dos vetores por meio dos veículos de transporte, dado que, como ocorreu no Egito, um *Anopheles* podia ser erradicado e logo em seguida reintroduzido, assim sugeriu que a erradicação dos vetores fosse conduzida a partir de um método de base regional e geográfico[53]. Vale desatacar esta fala do delegado, que apontou para a importância de o combate ocorrer juntamente com medidas de vigilância – ainda que este não tenha sido o termo –, buscando entender as dinâmicas de circulação nos territórios. A

---

50 OR WHO.67 The work of WHO 1955, 1956, p.V.
51 OR WHO 59 The work of WHO 1954, 1955, p.3; OR WHO.67 The work of WHO 1955, 1956, p.4.
52 Diary of the Director-general's visit to Singapore, Cairo, Madagascar, Federation of Rhodesia and Nyasaland, Mozambique, South Africa, Leopoldville, Brazzaville – 10 september – 25 october 1955, p.8.
53 OR WHA 71, 1956. p.169.

esse destaque, Bonne, Diretor da Divisão de Serviços de Doenças Transmissíveis informou que a OMS estava consciente de que a erradicação deveria ser conduzida sob bases regionais[54]. No entanto, OMS não adotou grandes mudanças na sua estratégia de modo a adequar-se às realidades regionais e diversidade de territórios. Candau estava atento a essa necessidade, mas poucas iniciativas foram desenvolvidas nesse sentido, sobretudo porque o Diretor estava sob pressão de diferentes malariologistas, como Carlos Alvarado, o já mencionado Paul Russell, Arnoldo Gabaldón, Soper e outros[55], além de estar em um contexto de Guerra Fria no qual os Estados Unidos eram o responsável principal pelo financiamento das ações de erradicação da malária e buscava consolidar-se como a influência para os países frente à URSS.

É possível perceber que nestes primeiros anos à frente da OMS Candau defendeu uma visão de saúde a partir da perspectiva dos impactos desta na economia sem entrar no mérito da discussão dos problemas de saúde como decorrentes do modelo de desenvolvimento seguido pelos diferentes países.

Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, notadamente nos anos 1950 e 1960, começaram a florescer estudos sobre desenvolvimento econômico, que se somavam ao contexto de avanço das tecnologias e crença nas mesmas para solução de diversos problemas, resultando em grande influência no pensamento que embasava a campanha[56]. O campo da saúde era visto como o campo de batalha para a questão ideológica e econômica. Para diretores de agências internacionais, como a Rockefeller, e uma comunidade de formuladores de políticas sanitárias, as intervenções na saúde eram vistas de uma perspectiva voltada à "desobstrução" do caminho do crescimento econômico, sendo assim, a população deveria gozar de saúde para que pudesse trabalhar e contribuir para esse crescimento, passando a ser, inclusive, mercado consumidor para os produtos importados. A concepção de saúde passava longe da ideia de garantia de direitos, de cidadania plena e melhoria da qualidade de vida a partir de um entendimento abrangente. Essa perspectiva, chamada por Cueto e Palmer[57] de "cultura da sobrevivência", não somente estava assentada na ideia de que a saúde tinha, antes de tudo, uma justificativa econômica, como também desprezava o conhecimento produzido pelos países subdesenvolvidos e trazia em seu bojo cartilhas, doutrina desenvolvida pelos países do Norte e que deveriam ser seguidas por aqueles países de maneira verticalizada, em detrimento de seus planejamentos para seus serviços de saúde.

---

54 OR WHA 71, 1956. p.173.
55 Packard, 2007; Cueto et al, 2019.
56 Packard, 1997. Farley, 2004.
57 Cueto; Palmer, 2016.

Em texto escrito para o *Journal of American Public Health*, de 1954, Candau fez uma pergunta retórica a respeito do que a *American Public Health Association* recebia em troca por sua contribuição à OMS, que estava trabalhando para erradicar a malária, uma doença que não afligia os EUA, mas atingia, por exemplo, a Índia. E o próprio respondeu que a perda econômica decorrente da doença era enorme, estimando-se que o custo ao país relacionado simplesmente ao absenteísmo no trabalho era da ordem de cem milhões de dólares por ano, enquanto o custo de controlar a malária para duzentos milhões de pessoas que habitavam áreas afetadas era de vinte milhões de dólares por ano[58]. Candau adicionou que outro ganho da erradicação vinha da economia que as famílias teriam ao deixar de gastar com tratamento, o que representava dinheiro disponível para dispender com produtos e serviços que o empresário americano pudesse prover[59]. Candau concluiu dos exemplos que, se era verdade que a prosperidade dos EUA estava intimamente ligada à do resto dos países, o primeiro deveria utilizar-se de todos os meios em seu poder para ajudar os últimos a elevar os padrões de saúde em regiões economicamente fracas, uma vez que as doenças e as condições ruins de saúde estavam dentre os principais obstáculos para o desenvolvimento social e econômico destes países, sendo um fato essencial para garantir a própria segurança econômica dos EUA[60]. A malária era, portanto, uma doença que acometia principalmente a população vivendo em zonas rurais e esta era a condição da maioria dos países africanos, asiáticos e latinoamericanos, que também eram subdesenvolvidos.

A questão da exploração da agricultura foi igualmente ressaltada por Candau. Em outra publicação da *American Journal of Public Health and the Nation's health*, de 1957, o Diretor-geral cita como exemplo a situação do Afeganistão que, segundo ele tinha ótimos recursos naturais, porém a malária, que afligia menos de um milhão de pessoas, ocorria principalmente nas áreas potencialmente mais ricas, que não podiam se desenvolver por conta dos danos causados pela doença.

Candau, por outro lado, em diversos discursos, textos e relatórios ressaltou a importância de se atentar para outras áreas que impactavam no resultado da campanha de erradicação da malária, com destaque para a necessidade da formação constante de recursos humanos e de oferecer treinamento ao pessoal da saúde, bem como mencionava a questão do saneamento ambiental, que certamente era uma área sensível em relação à malária. Em seu

---

58 Candau, M. G. WHO – Prospects and Opportunities: the road ahead. American Journal of Public Health, v.44, n.12, dec.1954a.

59 "What it represents to the businessman here is money made available for spending the on goods and services that he can provide.". Candau, 1954a, p.1500.

60 Candau, 1954a, p.1502

discurso na 9ª AMS, de 1956, o Diretor-geral, após comentar sobre a situação da malária e a importância de "correr" contra a resistência dos mosquitos aos inseticidas, declarou:

> Contudo, em praticamente todas as regiões, a melhoria do saneamento ambiental e da educação e treinamento de todos os tipos de pessoal emerge agora cada vez mais como dois métodos essenciais para elevação dos níveis de saúde da população.[61].

Com sua declaração, o Diretor-geral apontou para a necessidade de intervenções mais amplas na saúde, que, paralelamente à agenda principal – a campanha de erradicação –, eram conduzidas sem grande discussão. O que Candau defendia em seus discursos não era condição suficiente para que a OMS tomasse uma ou outra decisão: o peso dos financiadores contava fortemente para o destaque de propostas específicas da Organização. Em 1958, na 11ª AMS ocorrida em Minneapolis, Candau realçou a grande contribuição feita pelos EUA para a Conta Especial de Erradicação da Malária, responsável por 95,3% dos fundos disponíveis e buscou incentivar os países a financiarem a campanha, apontando que os recursos estavam muito aquém do esperado. Nesta mesma Assembleia, P. M. Kaul, Diretor-geral assistente do *Department of Advisory Services*, informou que a UNICEF – outra organização internacional que estava envolvida na campanha com a OMS – pretendia reduzir seu gasto com a campanha de erradicação da malária, e Sinclair, Vice-Diretor Executivo da UNICEF, explicou que a UNICEF havia decidido que o máximo a ser alocado para a campanha de erradicação por ano seria dez milhões de dólares. Os motivos para essa decisão eram a escassez de recursos da UNICEF, que também dependia de contribuição voluntária, o que não possibilitava prever acuradamente o recurso que seria obtido no próximo ano, exigindo cautela nos comprometimentos; e que, considerando os planos da OMS de que o pico das operações da campanha seria nos anos 1960, era de se esperar que a partir deste ano fossem feitas reduções[62].

Na 11ª AMS, de 1958, a questão orçamentária foi novamente levantada. O delegado dos Países Baixos, Le Poole, na terceira reunião da Comissão de Administração, Finanças e Questões Legais, sugeriu que fosse feita uma nova resolução a respeito dos próximos passos que deveriam ser dados pelo Diretor-geral a respeito do Programa de Erradicação da Malária, considerando o que havia sido informado pela UNICEF e que não havia garantias de que haveria fundos suficientes para os próximos anos. Le Poole propunha que Candau deveria consultar as autoridades responsáveis pela operação do Fundo Especial das Nações Unidas para

---

61 OR WHA 71, 1956, p.84, tradução minha. No original: "However, in practically all regions the improvement of environmental sanitation and the education and training of all types of personnel emerge now more and more as the two essential methods for raising the health levels of the population".

62 OR WHA 87, 1958, p.223.

saber o quanto os governos poderiam solicitar para assistência em suas campanhas de erradicação da malária. O Diretor-geral explicou que o Comitê Executivo havia decidido qual tipo de atividades poderiam ser financiadas com recursos do Fundo Especial e que grandes campanhas de erradicação, como a da malária, não estava dentre elas, ademais informou que decidiu não utilizar o Fundo Especial para tal atividade por ser um fundo dependente de contribuições voluntárias, ou seja, também era incerto.

A questão dos recursos era incontornável. Dado que a Conta Especial dependia da doação dos Estados e que os principais países assolados pela malária eram também os menos providos de recursos financeiros, a dúvida retornava a cada Assembleia Mundial: de onde retirar os recursos para seguir com a campanha? Ademais, o problema dos gastos era cada vez maior, porque crescia a necessidade de investir em novas tecnologias, como inseticidas melhores que o DDT. Apesar desta questão, o relatório da 12ª AMS, de 1959 em Genebra, mostrou que os países estavam entusiasmados com o avanço das ações em seus territórios, alguns deles estavam iniciando-as naquele ano, como o Brasil, segundo informado pelo delegado Dr. Adelmo de Mendonça e Silva[63].

A campanha no Brasil era conduzida pelo Serviço Especial de Saúde Pública, o SESP, em estreita parceria com os EUA. O Diretor-geral da OMS, em 25 de setembro de 1957 conversou[64] com Charles Williams, que estava como Diretor da Divisão de Saúde Pública da *ICA* na ausência de Eugene Campbell, e Pedro Paulo Penido, chefe da delegação brasileira do Comitê Regional, a respeito do futuro do SESP. Em 9 de outubro, a conversa sobre a campanha no Brasil continuou, com a participação de Campbell, diretor da Divisão de Saúde Pública da *ICA*, Charles Williams, Mr. Roy Fritz e outro membro da equipe de Campbell, ocasião na qual concordaram que o Brasil, Índia, Indonésia e Paquistão eram os países com os maiores problemas a serem resolvidos pela OMS.

Quanto ao Brasil, os três entendiam que o problema da campanha era com as pessoas envolvidas, não exatamente com a falta de capacidade ou de vontade do país em entrar de vez, e concordaram que deveriam tomar parte na questão, pois conheciam o país e tinham posição reconhecida no mesmo. Candau comentou que o embaixador do Brasil nos EUA era Amaral Peixoto, que tinha sido governador do Estado do Rio de Janeiro, um dos estados que tinha a situação mais preocupante, e que Peixoto mantinha seu interesse em questões de saúde e era

---

63 OR WHA 95, 1959, p.189.

64 Candau estava em Washington para a reunião do Conselho Diretor do Comitê Regional e se retirou desta a pedido de Penido para conversar sobre o SESP com Williams.

bem conhecido pelos três mencionados.[65]. Em conversa com Soper, em outubro de 1957, Candau alertou-o de que não deveria esperar uma ação direta de Amaral Peixoto, pois este último era velho amigo de Mario Pinotti[66], na época diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)[67], e, que portanto, Amaral não iria querer machucar o amigo[68]. Candau se colocou à disposição para ir pessoalmente ao Brasil conversar sobre a questão. Candau registou que havia trabalhado por cinco anos ao lado de Campbell no Brasil, ambos como representantes dos seus respectivos países no Serviço de Assistência Técnica Bilateral do *Institute of Inter-American Affairs* (IIAA) e desenvolveram uma forte amizade, que, segundo o próprio Diretor-geral, poderia ser útil na cooperação futura da OMS com a *ICA*[69].

Em 1959 já se sabia que, ao menos, dez espécies de anofelinos haviam desenvolvido resistência a vários tipos de inseticidas, conjuntura que levava Candau a urgir por maior engajamento e rapidez na campanha. O Diretor-geral seguiu, então, pelo caminho do entendimento de que os problemas existentes nas campanhas de controle estavam relacionados à falta de preparo ou à má-administração do programa, considerando menos – ou mesmo desconsiderando – que a limitação poderia estar exatamente em focar no uso do DDT e de medicamentos e por agirem de maneira uniforme em todos os países. Como Packard argumenta, houve pouca pesquisa a respeito de diferentes métodos de erradicação da malária e, no geral, as pesquisas concentraram-se na busca por novos inseticidas[70]. Candau mencionou em seu relatório de 1961 que pesquisas a respeito dos diversos aspectos da malariologia estavam sendo apoiadas e incentivadas pela OMS, entretanto o exemplo de pesquisa anunciado na sequência era de um estudo sobre novos inseticidas no grupo dos organofosforados a serem utilizados em substituição aos hidrocarbonetos clorados para enfrentar a resistência desenvolvida pelos insetos. O brasileiro afirmou ainda que estas eram as principais armas para erradicação e que modos de utilização mais econômicos estavam sendo estudados, assim como testes de campo

---

65 Diary of the Director-General's visit to Rangoon, Washington and New York. 14 September – 12 October 1957. p.18. Pasta 1 – Official Travel Diaries M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

66 Candau comenta, em seu relatório da viagem ao Brasil em 25 de setembro de 1958, que era velho amigo de Adelmo de Mendonça desde 1934 e de Mario Pinotti desde 1937. Diary of Candau's visit to Portugal, Liberia, Brazil, Porto Rico and United States of America – 16 September to 5 October 1958, p.15. Pasta 1 – Official Travel Diaries M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

67 Como explica Hochman (2008, p.176-177), a criação do DNERu em 1956 ia em oposição direta às recomendações da OMS, que solicitou que os governos criassem unidades específicas e separadas para tratar das ações de erradicação da malária.

68 Diary of the Director-General's visit to Rangoon, Washington and New York. 14 September – 12 October 1957. p.20. Pasta 1 – Official Travel Diaries M. G. Candau – From August 1953 to November 1958.

69 Diary of the Director-General's visit to Rangoon, Washington and New York. 14 September – 12 October 1957. p.19 – Pasta 1 Official Travel Diaries M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

70 Packard, 1997.

estavam sendo realizados para encontrar o método mais eficiente e prático de administrar o sal "medicado" [71].

Apesar deste cenário, as discussões na 12ª AMS, em 1959 em Genebra, demonstravam otimismo com a campanha e com os resultados positivos alcançados e havia considerável pressão para que a OMS continuasse financiando e impulsionando a campanha, sob o argumento de que muito já havia sido feito até o momento e interrompê-la seria desperdiçar todos os recursos investidos. Não obstante, ressalvas sobre o andamento do Programa eram levantadas. O delegado do Paquistão, Afridi, explanou abertamente nesta Assembleia sua observação com relação às questões técnicas do Programa de Erradicação da Malária argumentando que

> O programa envolveu tamanho investimento financeiro de países que mal podiam financiá-lo considerando suas outras necessidades, que ele entendia que a OMS deveria prestar particular atenção à pesquisa em métodos de erradicação da doença. A história dos últimos 50 anos mostrava muitos casos de falhas em converter medidas de controle em medidas de erradicação quando os métodos usados eram muito uniformes e não adaptados às condições locais[72]

Afridi não somente apontou as dificuldades postas por essa lacuna entre os métodos propostos pela OMS e a situação local, como destacou que os governos não eram bem-informados a respeito das ações de vigilância e do seu custo após a eliminação do vetor, tornando-se mais difícil de convencê-los a gastar, posteriormente, o dobro na segunda fase, para a qual não havia nem pessoal disponível. O delegado do Paquistão indicou ainda que as pesquisas deveriam voltar-se para os mosquitos que não haviam desenvolvido resistência, ao invés de pesquisarem as espécies que desenvolveram, e sugeriu que fosse dada maior atenção à quimioterapia[73].

Com relação ao Paquistão, em viagem ao país em fevereiro de 1960, em reunião com o Diretor dos Serviços de Saúde, Coronel Sayed, e outros membros sênior do *staff* da OMS, Candau foi questionado sobre o porquê de haver tão poucos médicos paquistaneses no quadro da OMS, bem como conversaram sobre os problemas da campanha de erradicação da malária, a respeito da qual o coronel mostrou-se interessado em saber do comprometimento de diferentes organizações internacionais no programa. Em seu diário de viagem, Candau anotou que

---

71 OR WHO 114 The work of WHO 1961, 1962, p.V.

72 "The programme [sic] involved such enormous outlay by countries that could ill-afford it in view of their other needs, that he felt WHO should pay particular attention to research on methods of eradicating the disease. The history of the past fifty years showed many cases of failure to convert control measures to eradication measures when the methods used were too uniform and not adapted to local conditions." OR WHA 95, 1959, p.308

73 OR WHA 95, 1959, p.308

entendeu que a oposição à erradicação da malária no Paquistão não vinha somente de Jafar[74], mas que havia muitas pessoas dos serviços de saúde que não viam a erradicação da malária como o melhor investimento considerando o pouco recurso financeiro disponível para a saúde no país. Porém, posteriormente, em encontro com General Burki, Candau explicou a importância de organizar a campanha na mesma linha de uma campanha militar e, ao dissertar sobre os problemas de logística, Burki, como militar, ficou bastante interessado na importância da boa organização para a campanha[75]. Nesta viagem, Candau percebeu que mesmo com os dirigentes da campanha ou os delegados dos países na OMS posicionando a favor da sua realização, era difícil avançar quando os funcionários dos serviços de saúde não a apoiavam. Vale ressaltar que os delegados do Paquistão, notadamente Afridi, manifestavam-se frequentemente nas Assembleias Mundiais, marcando sua posição principalmente nos assuntos sobre a erradicação da malária.

Porém, apesar das críticas, ainda havia apoio pela continuação da campanha, os delegados elogiavam os esforços e demonstravam acreditar na possibilidade de se atingir o objetivo de erradicação, inclusive a própria URSS, cujo delegado afirmou, na 12ªAMS, de 1959, que "no total, o Programa de Erradicação da Malária estava tendo um progresso satisfatório"[76]. Enquanto isso, o delegado dos Estados Unidos, William, perguntou por quanto tempo aproximadamente o Diretor-geral pensava que a OMS deveria continuar a trabalhar sobre o problema da malária[77] e, em resposta, Kaul, Diretor-geral assistente do *Department of Advisory Services*, informou que o previsto, caso todas as etapas fossem cumpridas conforme planejado, era chegar ao término do Programa em oito anos[78]. O relatório do Diretor-geral de 1959 apontou que a efetividade do levantamento de casos e das classificações dependiam de microscopistas bem treinados e bons sistemas de relatoria, e informava que a OMS havia dedicado muita atenção à padronização dos relatórios[79]. Já era possível ver que a falta de mão-de-obra treinada estava sendo um grande empecilho para o avanço da campanha.

Em 1960, a partir da análise dos primeiros anos da campanha de erradicação, Candau notou a necessidade de avaliação dos resultados, o que levou à reorganização da Divisão de Erradicação da Malária. Na nova estrutura, as funções da Divisão foram separadas em três

---

74 Jafar for a o último Diretor-geral da Saúde, cargo que era ocupado pelo Brigadeiro Sharif, quando da visita de Candau. Diary of Candau's visit to Pakistan – 20 to 27 February 1960, p.3. Pasta 2: Official Travel Diaries M. G. Candau From April: 1959 to June 1964

75 Diary of Candau's visit to Pakistan – 20 to 27 February 1960, p.7. Pasta 2: Official Travel Diaries M. G. Candau From April: 1959 to June 1964

76 OR WHA 95, 1959, p.312.

77 Id., 1959, p.314.

78 Id., 1959, p.316.

79 OR WHA 103, 1960.

unidades: Pesquisa e Inteligência Técnica; Planejamento e Programa; Avaliação Epidemiológica[80]. Esta reorganização indicava a preocupação com o estudo, planejamento e avaliação, pontos que até então não haviam recebido muita atenção em virtude da concentração dos esforços nas ações de pulverização.

Neste mesmo ano, na 13ª AMS, Candau afirmou que o Programa havia claramente chegado a um estágio crítico, sobretudo por conta dos problemas de financiamento, o que demandava uma ação urgente por parte da Assembleia e reforçou os motivos que levaram à adoção do Programa, apontando inicialmente a questão humanitária, qual seja, retirar milhares de pessoas de suas condições difíceis de vida e da miséria[81]. O segundo ponto mencionado por Candau era que, para além de ser quase universal, a malária era a mais custosa das doenças transmissíveis, que resultava em perdas econômicas incalculáveis, sendo um grande obstáculo ao desenvolvimento econômico e do potencial social de áreas subdesenvolvidas do planeta. Por fim, relembrou o desenvolvimento de resistência pelos anofelinos. De fato, os números positivos atingidos pela campanha não eram desprezíveis. Segundo o próprio Candau, até o final dos anos 50, foram protegidas da ameaça de malária um total de um bilhão quatrocentos milhões de pessoas afetadas ou, aproximadamente, duzentas e oitenta milhões de pessoas que viviam em áreas expostas à doença. Havia sessenta e dois países ou territórios, com uma população de seiscentas e oitenta e quatro milhões de pessoas engajados na erradicação[82].

Entretanto, como observa Packard[83], essa discussão é bastante vazia, pois não houve produção de informações e dados que comprovassem a relação entre a erradicação da malária e a diminuição da pobreza e melhoria das condições de vida das populações, ademais havia países que manifestavam na Assembleia que a malária não era seu principal problema. Como foi o caso do Brasil, onde a gradativa adesão ao programa da OMS ocorreu como uma estratégia política de Juscelino Kubitschek, que, dentro de um contexto especial de sua política externa – a Operação Pan-americana –, buscou recursos para dar cabo ao seu ambicioso Plano de Metas, haja vista que em seu governo a malária não era uma prioridade e vinha sendo alvo de ações bem-sucedidas desde os anos 1940. O interessante é notar que, embora a saúde não tenha sido uma prioridade no contexto doméstico brasileiro, ela fora um instrumento na busca pelo desenvolvimento. E a malária ilustra bem isso[84].

---

80 OR WHO 105 The work of WHO 1960, 1960, p.45
81 OR WHA 103, 1960, p.47
82 OR WHA 103, 1960, p.47-48.
83 Packard, 1997.
84 Silva; Paiva, 2015.

Candau, em suas falas, não deixou de apontar o problema da retórica vazia dos países, que se colocavam como apoiadores da campanha de erradicação da malária, mas não realizavam contribuições para seu financiamento. Em suas palavras:

> A acusação poderia ser facilmente feita de que havia algo errado com uma Organização que não conseguia encontrar fundos para o programa de erradicação da malária para o qual todos os países estavam tão bem-dispostos[85].

A dificuldade em levantar recursos era a corda bamba do Programa. Os Estados Unidos eram obviamente os direcionadores do Programa de Erradicação da Malária, porém, sendo os responsáveis por 90% do recurso disponibilizado, era difícil ser diferente. A pergunta que fica é: os países estavam de fato interessados em combater a malária ou foram levados pelos argumentos estadunidenses que assentavam na intenção de potencializar a venda de seus produtos químicos e estender sua influência sobre as diferentes regiões do planeta, "barrando a expansão comunista", dado que a doença praticamente não atingia de maneira considerável os países desenvolvidos e nem havia grandes possibilidades de isso vir a acontecer? Em 1960, Candau mencionou pela primeira vez nas Assembleias Mundiais a possibilidade de não se atingir a total erradicação[86].

A Assembleia Mundial de Saúde de Nova Deli em 1961, especificamente, dedicou tempo considerável para a discussão do financiamento do Programa de Erradicação e, por fim, aprovaram o uso dos recursos suplementares para o financiamento de serviços administrativos e operacionais para aquele ano e, para 1962, o uso do orçamento regular da OMS para financiamento das ações de erradicação, pois a Conta Especial de contribuição voluntária estava longe de oferecer o necessário. A alternativa votada nesta Assembleia para destinar mais recursos à campanha de erradicação foi a autorização da incorporação por etapas, ao longo de três anos, do custo do Programa de Erradicação da Malária no orçamento regular da organização, assim, o financiamento que era feito a partir da contribuição voluntária, estaria inserida no orçamento regular da OMS. Dez países votaram contra a resolução, principalmente da Europa Oriental[87], sendo um dos argumentos que, alternando o modelo de financiamento, grande parte do peso do financiamento seria jogado nos países economicamente subdesenvolvidos. De todo modo, Candau logrou aprovar sua proposta para o financiamento.

---

85 "The accusation could easily be made that there was something wrong with an organization which could not find funds for a malaria eradication programme [sic] towards which all the countries of the world were so well disposed". OR WHA 103, 1960, p.399.

86 OR WHA 103, 1960, p.400.

87 Os países que votaram contra foram: Albânia, Bulgária, Cuba, Índia, Nigéria, Polônia, Romênia, União Sul-Africana, Tchecoslováquia e União das Repúblicas Soviéticas. OR WHA 111, 1961, p.111

O passar dos anos permitiam que as pesquisas mostrassem que os anofelinos tornar-se-iam imunes a todos os inseticidas desenvolvidos com o tempo, não obstante a mudança nas tecnologias. Por esse motivo, talvez muito tardiamente, as pesquisas conduzidas pela OMS buscaram ir por outro caminho: testar a utilização de atrativos naturais e sintéticos para tentar influenciar o comportamento dos insetos, e testar a liberação em massa de machos quimicamente estéreis de modo a reduzir o número de fêmeas que seriam fertilizadas ou utilizar machos de outras espécies e modificações genéticas com esse mesmo objetivo final[88], como apontou Candau em seu relatório de 1962 e 1964. Das pesquisas também surgiam novas questões, como a respeito dos primatas serem reservatórios dos parasitas que infectavam os humanos, o que poderia ser um obstáculo ainda maior para a campanha.

Já no relatório de 1965 o Diretor-geral comentou sobre o programa de controle de vetores, afirmando que "a malária estava longe de ser erradicada"[89], porém não indicou nada que sugeria que a campanha de erradicação da malária teria seu foco alterado, que seguiu centrada no uso dos inseticidas. Neste período, a OMS estava lutando também contra a febre amarela e a filariose, por isso a importância de controlar os vetores.

O que se percebe é que a cada ano que passava, o Diretor-geral ia demonstrando mais descrença na campanha de erradicação, que avançava em alguns poucos locais, onde também não se lograva manter os resultados positivos por muito tempo. Seus relatórios já não indicavam tanto entusiasmo. As dificuldades financeiras e administrativas continuavam a ser um dos principais obstáculos, e a necessidade de utilizar medidas suplementares para ultrapassar os problemas técnicos, como a resistência ao DDT ou a alta taxa de transmissão em ambientes externos às residências, limitaram ainda mais os recursos financeiros do programa, segundo o Diretor-geral[90]. Ademais, em muitos países subdesenvolvidos os governos não vislumbravam crescimento econômico e desenvolvimento como resultado da campanha de erradicação e passaram a ver nas reformas sociais uma possibilidade de favorecer o crescimento econômico tão almejado. O cenário socioeconômico deixava sua marca no andamento da campanha, evidenciando as inconsistências desse modelo de combate à doença.

No relatório referente ao ano de 1965, especificamente, Candau não escondeu os diversos reveses da campanha, tendo apresentado o avanço logrado nos países para, logo em seguida, comentar sobre os retrocessos ocorridos no mesmo lugar[91]. No relatório de 1968, o

---

88 WHO OR 114. The work of WHO Mar. 1962, p.23; WHO OR 131. The work of WHO Jan.1964.

89 "Malaria is far from being eradicated", escreveu Candau na Introdução do Relatório referente ao ano de 1964. OR WHO 139 The work of WHO 1964, 1965, p.V.

90 OR WHO 147 The work of WHO 1965, 1966, p.3

91 Id. 1966.

Diretor-geral afirmou: "É axiomático que qualquer melhoria na saúde das pessoas depende de uma abordagem integrada de serviços curativos e preventivos"[92]. Candau começava a indicar, ao final dos anos 1960, a mudança da OMS rumo a uma compreensão mais abrangente da saúde.

A OMS estava ciente das necessidades de melhoria em diversos âmbitos na saúde dos países para atingir os resultados da campanha de erradicação da malária e conseguir mantê-los. O Diretor-geral manifestou-se diversas vezes a esse respeito, os delegados fizeram colocações nesse sentido durante as Assembleias Mundiais, e a UNICEF, que trabalhou em estreita parceria no Programa de Erradicação, também se posicionou sobre o assunto. Em relatório enviado pela UNICEF com informações das atividades de erradicação na região da África, foi apontado que:

> A este respeito, não pode ser subestimado que, embora os programas de erradicação da malária tenham sido iniciados sob os auspícios de uma organização independente, a experiência tem mostrado que nas fases posteriores de tal programa, quando cada vez mais ênfase é colocada na detecção de casos, essas atividades são prejudicadas por uma série de desvantagens se não forem adequadamente apoiadas por um serviço de saúde que forneça cobertura próxima e íntima da população individual em questão. Portanto, é essencial que, desde o início, algumas das operações importantes do programa de erradicação da malária sejam integradas as do serviço geral de saúde, ao qual a responsabilidade pela vigilância será repassada para conclusão com êxito do programa de erradicação[93].

O que surpreende nessa história é que a campanha contra a malária tornou-se subitamente uma campanha de erradicação quando, supostamente, a questão da resistência dos anofelinos foi colocada como inexorável. Para essa decisão, certamente os interesses dos Estados Unidos pesaram fortemente, tanto porque almejavam explorar áreas de produção de borracha e outros produtos primários nos países subdesenvolvidos, quanto porque a campanha contribuía para o desenvolvimento de sua própria economia por meio da venda de diversos insumos materiais para sua realização, passando por medicamentos, inseticidas e maquinários – pulverizadores e carros –, por exemplo.

---

[92] WHO OR 164. The work of WHO Mar. 1968, p.VI

[93] "In this respect it cannot be over-emphasized that although malaria eradication programmes [sic] have been initiated under the sole auspices of an independent organization, experience has shown that in the later stages of such a program, when increasing emphasis is placed on case detection, these activities are hindered by a number of disadvantages if they are inadequately supported by the health service providing close, intimate coverage of the individual population concerned.
Therefore, it is essential that from the outset some of the important operations of the malaria eradication programme [sic] be integrated with those of the general health service to which eventual responsibility will pass for vigilance of the successfully completed eradication programme [sic].". Malaria Activities in the Africa Region. Contribution to the Director-General's Report to the UNICEF Executive Board, 1963 Regional Malaria Unit. Regional Office for Africa. Brazzaville. MEP/M2-372-2, p. 48 (do adobe). MEP WHO Archives.

A decisão da OPAS por iniciar a campanha também foi um fator de pressão para que a sede em Genebra abarcasse a iniciativa e estendesse a outros países[94]. A própria OPAS encontrava-se em situação complicada frente às tentativas dos estadunidenses em forçar maior dependência da Organização em relação ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (*USPHS*, na sigla em inglês) e à *ICA*, como relatou Horwitz à Candau, em conversa na Colômbia em 1959, informando que estava tendo dificuldades em lidar com Louis Williams, que, ademais, estava tentando envolver o escritório em Washington com certas indústrias do setor farmacêutico[95]. Essa relação tensa da OPAS com o USPHS foi, de certo modo, uma consequência da proximidade da OMS em Genebra com essas instituições americanas em anos anteriores, como se verá a seguir.

Além disso, figuras importantes na condução de campanhas em outros países, como Fred Soper, receavam que seu trabalho fosse perdido e desmoralizado caso a OMS não encampasse a realização de ações amplas de pulverização para erradicação dos mosquitos transmissores da malária[96]. Soper estava "preso" em suas conquistas do passado [97] e acabava por ver as ações levadas a cabo no Brasil como aplicáveis a todos os outros territórios e países, como uma solução homogênea. Nem mesmo no Brasil a campanha pôde ser conduzida da mesma forma nas diferentes regiões do país. Estes atores argumentaram e pressionaram tanto os Estados-membros, como Candau, a seguirem por esse caminho, pois o caminho mais racional teria sido conduzir a campanha de erradicação contra a varíola, para a qual a OMS dispunha de melhores recursos e informações[98]. De todo modo, a organização seguiu pelo caminho que, no período, já era percebido e indicado como incerto: o da campanha de erradicação da malária. A erradicação tinha o apoio por conta de interesses políticos, acompanhando o espírito otimista daquele tempo que apostava na ênfase tecnológica e que, em contexto da guerra fria, esteve

---

94 Packard, 2016, p.142.

95 Diary of Candau`s Offical visits to Venezuela, Colombia and Brazil - 28 June to 07 July 1959, p.8. PASTA 2 - Official Travel Diaries M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

96 Packard, 1998.

97 Em seu artigo, Packard e Gadelha reconhecem os resultados positivos da campanha conduzida por Soper, porém argumentam que estes precisam ser analisados a partir de uma perspectiva analítica mais ampla da situação epidemiológica da malária no Nordeste brasileiro e do contexto socioeconômico em que ela ocorria (Packard; Gadelha, 1997).

98 No livro vermelho da varíola, de autoria de Fenner et al,.há um extenso histórico sobre a doença, passando pelos diferentes métodos de controle, como a variolação – comentada no início do capítulo –, chegando à descoberta da primeira fórmula de inoculação, a vacinação, por Edward Jenner, ao final do século XVIII. A vacina passou a ser largamente usada a partir do século XX nos países industrializados, que até 1950 conseguiram eliminar a doença de seu território, e, com a emergência na ciência das disciplinas de microbiologia e imunologia, a produção das vacinas começou a ser aprimorada, com melhoria substantiva de sua qualidade e segurança. Ver Fenner, F et al, 1988.

associado também a expansão do sistema capitalista a diversas regiões do globo. Nessa equação, as empresas de produtos químicos tinham muito a ganhar com o combate ao anófeles.

2.3 A OMS e as relações complicadas com algumas instituições e indústrias estadunidenses

A campanha da malária se inseriu no contexto de avanço da indústria química, impulsionada pela Segunda Guerra Mundial e da disputa política da Guerra Fria[99], mas, para além desses fatores, a ideia em voga era do domínio da ciência sobre a natureza, da possibilidade de usar de técnicas e ferramentas para o controle das doenças, sem que a questão humana precisasse ser abordada.

Em um cenário de disputa ideológica e por mercados no contexto do desenvolvimento industrial, a decisão pela participação dos Estados Unidos na campanha de erradicação da malária não seria por altruísmo. Os Estados Unidos participaram não somente garantindo o investimento de grandes somas financeiras para realização das atividades, como a partir da mobilização de suas indústrias químicas e de maquinários para produção do que era necessário para a campanha. A metodologia estava assentada na erradicação por meio da pulverização do DDT, que requeria a bomba específica para transporte e pulverização, além de caminhonetes e outros equipamentos que permitiam o trabalho em campo.

Um forte argumento pela decisão de participação na campanha foi levantado por Eugene Campbell[100], diretor da *International Cooperation Administration* (*ICA*)[101], que explicou que os países subdesenvolvidos alvo da campanha não produziam os equipamentos, os produtos químicos e medicamentos que deveriam, então, ser comprados das empresas estadunidenses. Campbell apontou dados que mostravam que, em meados dos anos 1950, 96% de todas as compras realizadas pela ICA eram feitas dos EUA, ou seja, indiretamente, a ajuda externa tornava-se um subsídio para as empresas do país.[102]. A indústria de fármacos também se beneficiou do aparecimento da cloroquina como a pílula mágica para redução do plasmódio no sangue, e o contato com o Brasil, que conduzia projetos financiados pela Fundação Rockefeller

---

99 Cueto, 2007.

100 Eugene Campbell era médico, graduado pela Universidade Johns Hopkins, com grande experiência em América Latina, e foi responsável pelo aprimoramento de técnicas de erradicação (CUETO, 2007, p.50).

101 Agência de cooperação bilateral criada em 1955 após reorganização do Departamento de Estado. (Cueto, 2007, p.30-31; Cueto; Brown; Fee, 2019, p.90)

102 Cueto, 2007.

em seu território, parecia ser um caminho de sucesso para trocas a respeito do uso do sal cloroquinado.

A troca de cartas com o governo dos Estados Unidos deixa visível a intenção da OMS em trabalhar em sintonia com este país. Em 6 de outubro de 1955, o malariologista Emílio Pampana[103], Diretor da Divisão de Erradicação da Malária da OMS[104], escreveu a Leonard Scheele, Cirurgião-geral dos Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos, solicitando que a *ICA* adotasse a política de erradicação da malária que fora aprovada na 8ª AMS, alterando os planos e objetivos que estivessem voltados apenas ao controle da malária. Em carta enviada no dia seguinte, 7 de outubro, em nome de Candau, Pierre Dorolle, *Deputy Director-General* da OMS, pediu que Scheele, caso estivesse de acordo, auxiliasse no contato com a *ICA* para discutir a opinião da Agência a respeito dos planos dos governos para o controle da malária[105], pedido que foi respondido positivamente por Scheele, que acrescentou que o Serviço de Saúde dos Estados Unidos (*USPHS*, na sigla em inglês) era ativo proponente da erradicação da malária – em oposição à campanha de controle – nos locais em que consideravam a erradicação plausível. Scheele informou ainda que o *USPHS* havia tomado a iniciativa de preparar para a *ICA* um "Manual para Missões de Operação em Malária dos Estados Unidos", o qual apresentava linhas de orientação política para os técnicos que estavam em outros países a respeito da erradicação e orientação para a cooperação com outras agências do campo da saúde que estavam engajadas em um mesmo tipo de trabalho, documento que seria enviado a Candau tão logo estivesse pronto. Por fim, Scheele colocou-se à disposição para preparar o encontro entre a OMS e a *ICA*[106]. Em 1957, o Brasil iniciou uma negociação com a *ICA* e a OPAS para obter suporte financeiro a sua campanha de erradicação[107].

A questão é que este relacionamento comprometia a OMS em certo sentido, como mostra a conversa anotada por Candau em seu diário, relatando sua viagem à Nova York em 1958. O Diretor-geral registrou que Handler, diretor da Divisão de Informação Pública, reportou a ele que Van Zile Hyde, do *USPHS*, estava muito ansioso com o filme "*People like*

---

[103] Emílio Pampana recebeu o Prêmio *The Darling Foundation Prize*, concedido "em reconhecimento pela sua significante contribuição à epidemiologia e controle da malária". Pampana nasceu em 1895, em Florença na Itália, formou-se em Medicina na Universidade de Florença e completou seus estudos na área na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. OR WHA 95, 1959, p.146.

[104] Em 1957, a Seção de Malária da Divisão de Serviços de Doenças Transmissíveis (*Malaria Section of the Division of Communicable Diseases Services*) tornou-se Divisão de Erradicação da Malária. Disponível em: <http://resource.nlm.nih.gov/101437198>. Acesso em 20 ago 2021.

[105] Collaboration With Aid in the Field of Malaria Eradication. M2/372/11, p.2 (23 do adobe). MEP WHO Archives.

[106] Collaboration With Aid in the Field of Malaria Eradication. M2/372/11, p. (24 do adobe). MEP WHO Archives.

[107] Hochman, 2008, p.178.

Maria" produzido pela OMS, por recear que toda a indústria química, sobretudo a produtora de DDT, dieldrin e BHC, se voltasse contra a Organização, caso este fosse exibido nos EUA. Hyde pediu que o filme não fosse exibido na televisão nos EUA e nem para os delegados da 11ª AMS. Candau, por sua vez, manteve uma posição firme e pediu que Handler informasse Hyde que não via problema nenhum no conteúdo do filme e não impediria sua exibição e, caso o governo quisesse, deveria censurá-lo, afirmou ainda que este seria exibido aos delegados, que tinham direito de ver o filme pago pela OMS para ser produzido. O Diretor-geral, em tom irônico, comentou que não percebera nenhuma que a indústria havia ajudado a OMS de alguma maneira e que, portanto, não via como poderia haver uma mudança de postura a partir da exibição ou simplesmente porque estavam descontentes com o filme[108].

Estas trocas entre a OMS, o Escritório Sanitário Pan-Americano, a UNICEF, o *USPHS* e a *ICA*[109] ocorreram diversas vezes nos anos cinquenta e início dos sessenta para revisão e alinhamento das ações de erradicação. Interessante observar que após sua saída como Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1959, Fred Soper tornou-se Diretor do Painel de Especialistas em Malária da *ICA*, mantendo, assim, sua atuação junto às ações de erradicação. O relatório feito pelo Painel de Especialistas da *ICA* em 1960 afirmava desde a primeira seção que a erradicação da malária era tecnicamente plausível, porém o documento também apontava alguns obstáculos ao progresso, como: a dificuldade de obter fundos locais, a deficiência da estrutura administrativa, baixo número de mão-de-obra treinada, falta de especialistas, o tempo necessário para a fase preparatória; fragilidade na supervisão e relatoria e a avaliação por time internacional de especialistas[110]. Pontos que atrasavam ou dificultavam em muito o avanço das ações de erradicação.

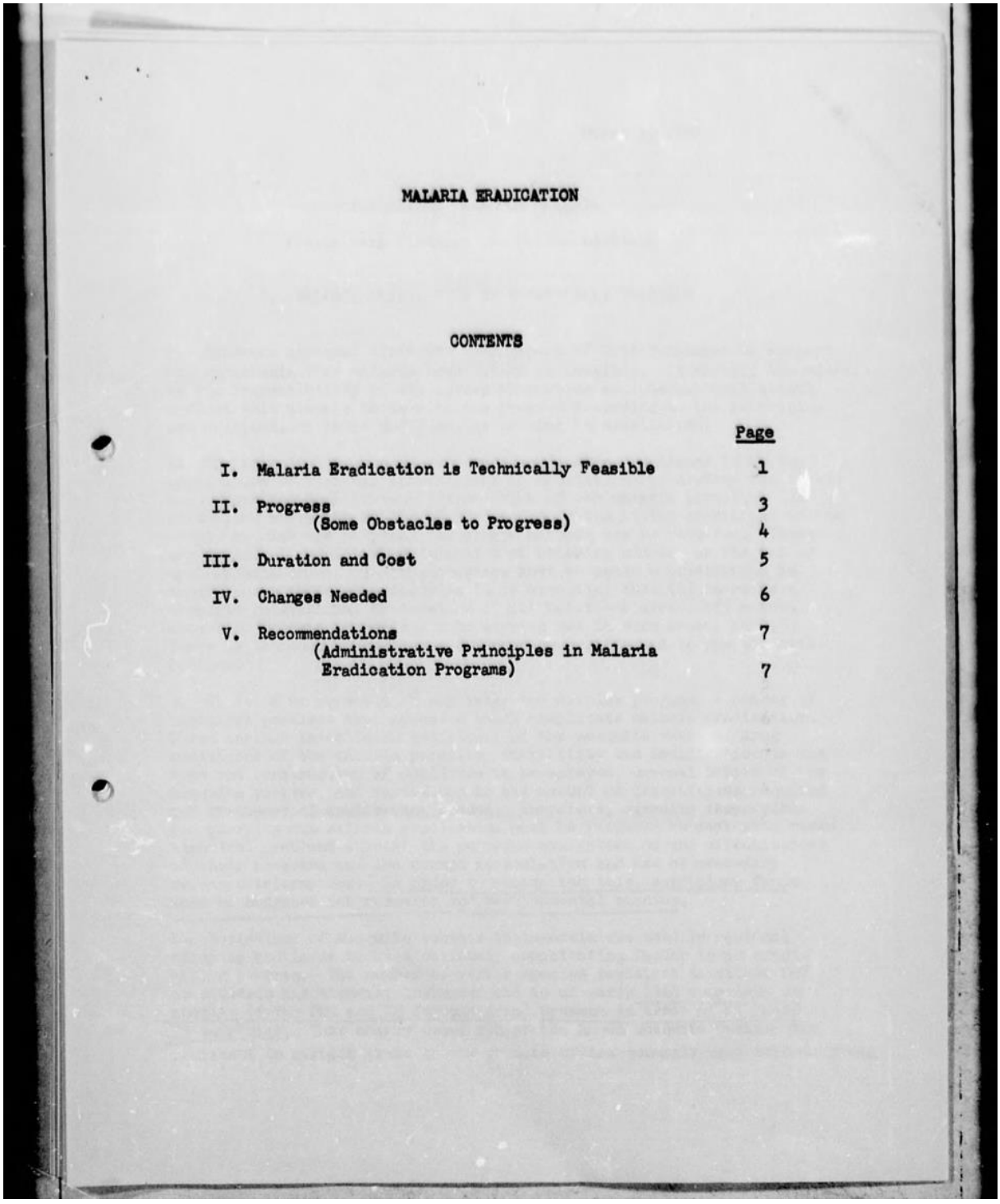
---

[108] Diary of Dr. Candau's visit to New York/Washington/Vancouver/Minneapolis/New York. 13 May – 20 June 1958, p.1. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

[109] Algumas dessas correspondências podem ser encontradas na pasta Collaboration with I.C.A in the Field of Malaria Eradication. Ref M2/327/11. MEP WHO Archives.

[110] Malaria Eradication. Report of the preliminary findings and recommendations. ICA Expert Panel on Malaria. March 1, 1960. M2-372-11 Jacket 2 (p.136 do adobe) MEP WHO Archives.

Figura 4: Sumário do *Report of the Preliminary Findings and Recommendations* do Painel de Especialistas em Malária da ICA.



MALARIA ERADICATION

CONTENTS

		Page
I.	Malaria Eradication is Technically Feasible	1
II.	Progress	3
	(Some Obstacles to Progress)	4
III.	Duration and Cost	5
IV.	Changes Needed	6
V.	Recommendations	7
	(Administrative Principles in Malaria Eradication Programs)	7

Documento do Arquivo do Progama de Erradicação da Malária da OMS.
Sumário do *Report of the Preliminary Findings and Recommendations* do Painel de Especialistas em Malária da *ICA.* Arquivo MEP OMS.

Este contato próximo entre a OMS e as instituições estadunidenses não se dava, porém, sem qualquer mal-estar. A partir do recebimento do memorando de parceria entre a OPAS/OMS

e a *ICA*, Candau, em carta enviada em agosto de 1960 para Abraham Horwitz, então diretor da OPAS, demostrou preocupação com o fato de que a organização estadunidense pudesse assumir a liderança das ações de erradicação nas Américas[111]. Preocupação esta que fora apontada também por Carlos Alvarado, diretor da Divisão de Erradicação da Malária da OMS, em Memorando enviado em julho de 1960 a P. M Kaul, Diretor-geral Assistente do *Department of Advisory Services*, no qual afirmou "ser um fato que dia após dia a agência estaria tentando dar sua própria palavra na erradicação da malária"[112]. Antes mesmo, em 1958, Candau entregou pessoalmente, na ocasião da 11ª AMS, uma carta a Eugene Campbell, da Divisão de Saúde Pública da *ICA*, para dispersar as dúvidas a respeito da condução da campanha. O Diretor-geral buscou deixar claro no memorando que, ainda que não houvesse uma sentença explicitando que a *ICA* havia aceitado a liderança técnica da OMS na erradicação da malária, este deveria ser o entendimento de ambas as partes e que a agência estadunidense havia, de fato, aceitado a política de erradicação da malária aprovada pela AMS e recomendada pelo Comitê de Especialistas da OMS como a base para o planejamento e implementação dos programas de erradicação da malária[113].

O relatório da *ICA,* enviado a Carlos Alvarado em 1959, mostra como a agência trabalhou em estreita conexão com diversas empresas americanas que produziam os compostos químicos e que produziam os equipamentos usados para a pulverização[114]. Cueto, Brown e Fee[115] destacaram como as empresas estadunidenses ofereciam propostas bem-sucedidas de venda de inseticidas em resposta a convites das agencias bilaterais e internacionais de saúde. O Boletim da Organização Mundial de Saúde publicou, inclusive, diversas pesquisas realizadas pelas próprias empresas estadunidenses a respeito dos compostos que vendiam, como pesquisas de teste dos ambientes e das condições tropicais de estocagem dos produtos químicos manufaturados[116], e do comportamento do DDT, do Dieldrin, Malathion, compostos da Bayer e outras substâncias sob certas condições de pressão e temperatura[117,118]. As indústrias

---

[111] Ofício envido por M. G. Candau, Diretor-geral para A. Horwitz, Diretor, Escritório Regional para as Américas. 23 August 1960.Ref. M2/372/11 (p.186 adobe). MEP WHO Archives.

[112] No original: "it is also a fact that day by day this agency is trying to have its own word in the matter". 1960. M2-372-11 (p.184 do adobe). MEP WHO Archives.

[113] Carta pessoal de Candau a Campbell, entregue em mãos na 11ª AMS, em 1958. WHO Archives, M2-372-11. (p.61-61 adobe). MEP WHO Archives.

[114] Algumas das empresas mencionadas nos relatórios eram: Pittsburg Plate Glass Company (PPG), Minnesota Rubber Company, Dole Valve Company, Delavan Manufacturing Company, Norgren Company, entre outras.

[115] Cueto; Brown; Fee, 2019, p.98.

[116] Pearce, G. W. et al, 1959.

[117] Agency For International Development (Aid) - Administrative Reports on Malaria. M2-418-10AID, 1959. MEP WHO Archives.

[118] Miles, James Wet al, 1959.

americanas chegaram a realizar uma pesquisa para saber qual seria a demanda aproximada por equipamentos e, para tal, realizaram um levantamento junto a todas as agências nacionais e internacionais conhecidas que estavam comprando os equipamentos para utilizar na campanha de erradicação da malária: o relatório consolidado indicou que haveria uma demanda de vinte mil unidades por ano pelos próximos três anos[119].

A cooperação com os Estados Unidos nesta campanha foi bastante forte e somou-se ao Plano Colombo[120], que tinha por propósito conceder auxílio aos países que sofreram com a Segunda Guerra Mundial, tendo sido oferecidos diversos financiamentos a partir desse Plano para pesquisa e outros auxílios para o trabalho em saúde pública[121], especialmente para a ações de combate à malária e de saúde rural para os países do Sudeste Asiático, deixando clara a intenção de consolidar e expandir sua influência de modo a fazer frente ao crescimento do comunismo na região. Segundo Packard, os programas de controle da malária para o Vietnã e Tailândia eram conhecidos como 'programas de impacto' e eram desenvolvidos para construir rapidamente um efeito positivo sobre a população local para que esta desenvolvesse apoio aos governos locais e a seus apoiadores estadunidenses[122]. E a *ICA* não descuidava de suas ações na região do Pacífico Ocidental. Em conversa com Eugene Campbell em dezembro de 1961, Candau ouviu este reclamar que o consultor de malária do Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental (WPRO, sigla em inglês) havia ido ao Cambódia e ao Vietnã e discutido com os governos os programas de erradicação da malária sem consultar os representantes da ICA nestes países. O Diretor-geral falou, então, com os membros do Escritório Regional a respeito da cooperação OMS-*ICA* a pedido de Campbell[123]. Esta dinâmica entre a OMS, os Escritórios Regionais e as instituições estadunidenses era perpassada pela tensão da disputa ideológica e política da Guerra Fria que, frequentemente, vinha à tona nas discussões das Assembleias Mundiais da Saúde.

2.4 A busca por terapias complementares ao uso do DDT

[119] Agency For International Development (Aid) - Administrative Reports on Malaria. M2-418-10AID, 1959, p.33. MEP WHO Archives.
[120] Auxílio financeiro concedido aos países do Sul e Sudeste asiático para reconstrução no pós-Segunda Guerra, semelhante ao Plano Marshall, de reconstrução da Europa Ocidental. Ver Blackton, 1951.
[121] OR WHO 82. The work of WHO April 1958, p..25; WHO OR 90. The work of WHO March 1959
[122] Packard, 1997, p.283.
[123] Diary of Candau's visit to the United States of America – 12 to 21 June 1961, p.8. Pasta 2: Official Travel Diaries M. G. Candau From April: 1959 to June 1964

Paralelamente à defesa incontornável do uso dos inseticidas, a OMS conduzia investigações a respeito do uso da cloroquina misturada ao sal de cozinha, como mostram as diversas correspondências trocadas com a Bayer; a *Imperial Chemical Industries Limited*; *Parke, Davis & Company*; com o Cirurgião-Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS), L. Scheele; com o próprio médico brasileiro Mário Pinotti, entre outros[124]. Em uma dessas cartas enviadas ao L. Scheele, em 17 de outubro de 1955, Candau afirmou que era sabido que somente os inseticidas não seriam suficientes para interromper a transmissão de malária em toda parte e argumentou que ter a possibilidade de realizar tratamentos quimioterápicos modernos misturados ao sal de cozinha seria um grande avanço, citando Mario Pinotti[125], médico brasileiro, que havia testado essa alternativa em alguns vilarejos na região amazônica. Candau explicou que, no entanto, as evidências eram muito pequenas para que a OMS pudesse advogar por esse método e, neste sentido, questionou se os EUA poderiam realizar os experimentos necessários a partir da concessão pela OMS de um *grant* de $20.000 ao *USPHS*, proposta que foi aceita[126]. As trocas entre Pinotti, Emilio Pampana[127] e os estadunidenses foram estabelecidas para andamento da pesquisa e, ainda no ano de 1955, em novembro, o conselheiro médico para quimioterapia da Bayer, Karl Koenig, escrevera para Pampana a respeito de uma amostra de sal cloroquinado recebido do Brasil, que ele definiu como "inaceitável" por ser material muito bruto, um sal bastante grosso, inviável para a preparação da mistura com a cloroquina[128].

O uso do sal cloroquinado fora proposto por Pinotti no início dos anos 1950 no Brasil, quando o médico era diretor do Serviço Nacional de Malária e precisava de alternativas para a erradicação da doença na região da Amazônia, assim, a partir de pesquisas experimentais junto ao Instituto de Malariologia, Pinotti chegou ao produto que ficou conhecido como "método Pinotti". Carlos Alvarado, na época diretor geral de Paludismo e Enfermidades Tropicais do Ministério da Saúde Pública da Argentina[129], demonstrou entusiasmo pela alternativa[130]

Após o lançamento oficial do Programa de Erradicação da Malária, os testes de ações de profilaxia com o sal medicamentoso e medicamentos alopáticos ganharam impulso. Em

---

[124] Field Research on the Administration of An Anti-Malarial Drug (Chloroquine) mixed with salt. M2-157-2.
[125] Mário Pinotti foi diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) entre 1956-1958 e Ministro da Saúde do governo de Kubitschek entre 1958-160. (Hochman, 2008).
[126] Field Research on the Administration of An Anti-Malarial Drug (Chloroquine) mixed with salt. M2-157-2.
[127] Na ocasião, Pampana era chefe da Seção de Controle de Malária e Insetos da OMS.
[128] Carta enviada por Karl Koening, da Bayer, a Emilio Pampana, da OMS, em 5 de novembro de 1955. Field Research on the Administration of An Anti-Malarial Drug (Chloroquine) mixed with salt. M2-157-2. p.1-2 (p.14-15 do adobe)
[129] Pérgola, 2021, p.42-43.
[130] Hochman, 2008.

1953, a OMS, em parceria com a UNICEF, lançou o programa-piloto de erradicação da malária na Libéria, que enfrentou uma sequência de erros, inclusive na dispensação dos medicamentos que só foi iniciada em 1956. As drogas foram entregues à população de maneira aleatória. Um dos responsáveis na equipe pela "propagação" da saúde (*health propagandist*) distribuía pílulas livremente para as crianças que encontrava nas vilas, e o próprio líder da equipe informou em relatório que distribuía pílulas para as crianças das quais ele colhia amostras de sangue, sob o argumento de que estava preocupado com o impacto da pulverização das casas na condição imunológica das crianças[131]. Neste período circulava uma crença que, ao pulverizar as casas e reduzir o número de mosquitos e possivelmente de picadas nas pessoas, as crianças, por não criarem imunidade desde cedo, estariam mais vulneráveis à malária quando adultas, por isso a distribuição das pílulas para as crianças.

Apesar dos diversos problemas com o emprego da medicação nas campanhas, os especialistas reunidos em Brazzaville, local da sede do Escritório Regional da OMS para a África, na Reunião Técnica de Malária da OMS, em 1957, concordaram que os projetos na África Ocidental deveriam ampliar o experimento com administração de antimaláricos sob o argumento de que era possível estabelecer uma cadeia de distribuição de baixo custo, pois as equipes de pulverização poderiam deixar com os chefes de família as pílulas a serem distribuídas para os demais membros da família que estivessem distantes da moradia no momento da pulverização ou mesmo deixá-las com os chefes das vilas, que poderiam distribui-las para os demais moradores posteriormente. Naquele momento, importantes questões relacionadas à dispensação e utilização da medicação – quem a tomou, em qual dose o fez, e como saber a quantidade exata a ser distribuída para cada família, entre outros pontos – não foram colocadas em debate pelos especialistas[132].

O sal cloroquinado, por sua vez, ainda permanecia como uma esperança ao mesmo tempo em que a administração em massa das drogas antimaláricas foi se mostrando impossível de atingir, pois o custo das operações era proibitivo, a menos que usassem voluntários locais para fazer a distribuição[133], porém, designar essa atividade sem treinamento poderia resultar em equívocos de diversas ordens, o que de fato aconteceu em alguns lugares, como exemplificado acima. O método Pinotti, então já conhecido em alguns países, passou a ser implementado em diferentes territórios, enquanto a OMS investia no aprimoramento do método junto à Bayer, ao *USPHS* e ao próprio Pinotti.

---

[131] Webb, 2013, p.53.
[132] Webb, 2013, p.56.
[133] OR WHA103, 1960.

Em maio de 1957, Pampana, chefe da Divisão de Erradicação da Malária da OMS, escreveu ao médico brasileiro informando que as pesquisas conduzidas por Robert Coatney, do *National Insitutes of Health*, dos Estados Unidos, chegaram a resultados que confirmavam o que o médico brasileiro e seus assistentes haviam alcançado e manifestou que havia a intenção de usar em campo esse método, porém, solicitou mais informações sobre a técnica de mistura do sal com a cloroquina, pedindo que o médico brasileiro aprofundasse as informações sobre a técnica de preparo, como: fornecer descrição das máquinas utilizadas para fazer a mistura, as condições de temperatura e umidade e o que foi observado durante o processo[134]. Pinotti respondeu à carta com as informações técnicas solicitadas[135].

As informações passadas provavelmente surpreenderam Pampana, pois a maneira como Pinotti as descreveu dava a impressão de que a mistura era feita de forma bastante simples, com pouca ou quase nenhuma atenção à esterilização do material, dos instrumentos e do ambiente. A Bayer, dois anos após, também contestou algumas informações a respeito dos produtos usados para a preparação do sal medicamentoso, críticas que foram aceitas pelo médico brasileiro. Em 1958, Coatney escreveu a Pampana informando que haviam chegado a uma fórmula ótima de mistura de sal com cloroquina e sal com pirimetamina, e que o sal proposto por Pinotti não funcionaria com este último componente[136]. Pode-se dizer que Pinotti deu o passo inicial na proposição deste sal, mas foram as grandes indústrias químicas que trabalharam no aperfeiçoamento da fórmula e na descoberta de outras misturas possíveis.

O potencial do uso do sal cloroquinado como alternativa na campanha contra a malária, principalmente nos locais onde a pulverização de inseticida não fora eficaz, foi reconhecido pela OMS no VII Relatório do Comitê de Especialistas em Malária, de 1958[137]. Porém rapidamente essa situação se reverteu. Em 1961, o Diretor-geral reconheceu, em seu relatório anual, que experiências práticas com o sal cloroquinado no Brasil, na Guiana Britânica, em Gana e na Nova Guiné Holandesa mostraram que o método também apresentava desvantagens e problemas para os quais ainda não havia soluções. Neste mesmo ano, o método entrou de vez em declínio e os países começaram a descontinuar o uso do sal cloroquinado. No relatório sobre as ações de erradicação do ano de 1962, o uso do sal cloroquinado no Irã junto às populações nômades, cujos hábitos representavam um empecilho às ações de pulverização, não apresentou

---

[134] Carta de E. J. Pampana a Mário Pinotti de 13 de maio de 1957. WHO/ M2-157-2. (p.43 do adobe). MEP WHO Archives.

[135] Carta de Mário Pinotti a. E. J. Pampana, 11 de julho de 1957 (p.47 do adobre) e carta de Mário Pinotti à Pampana 16 nov. 1957. M2-157-2 (p.69 do adobe). MEP WHO Archives.

[136] Carta de G. Robert Coatney a E. J. Pampana, 25 fev. 1958. M2-157-2 (p.77 adobe). MEP WHO Archives.

[137] WHO. Expert Committee on Malaria. Seventh Report. Lisbon, 15-23 September 1958, p.27. WHO_Mal_210. MEP WHO Archives.

resultados positivos[138], assim como também não foram encontrados resultados estimulantes para continuação do uso no Cambodia[139] e Nova Guiné Holandesa[140], para citar alguns países.

Apesar de não ter sido uma grande solução adicional na campanha de erradicação da malária, o uso de medicamentos e do sal cloroquinado foram importantes alternativas no controle da doença e melhoria da saúde da população em áreas afetadas. Até 1969, quando a campanha já estava em reavaliação, em áreas remotas de difícil acesso na Guiana, Suriname e Guiana Francesa o sal medicamentoso era a principal medida de ataque[141].

Por breve momento, houve uma expectativa de que o uso dos antimaláricos e do sal cloroquinado pudessem contribuir para a erradicação, entretanto as esperanças minguaram rapidamente. Naquele momento, essas alternativas continuavam a reforçar a perspectiva de que as tecnologias eram suficientes por si só, e criavam certa blindagem para conseguirem fugir da proposta de buscarem soluções para os problemas estruturais que estavam na causa das doenças, como a exposição dos moradores rurais – que habitavam em casas precárias e sem saneamento – a insetos vetores de doenças, ou mesmo suas precárias condições de nutrição, que no período eram amplamente debatidas no Brasil por grandes pensadores, como Josué de Castro, e mesmo internacionalmente nas Nações Unidas, na *Food and Agriculture Organization* (*FAO*), que estava ganhando destaque com seus estudos e relatórios sobre a dimensão do problema no mundo.

Com relação ao uso do sal cloroquinado, não houve demonstrada eficácia na interrupção da transmissibilidade da doença na população, além de ter sido observada a resistência dos plasmódios à pirimetamina. Ademais, em alguns locais a população usava outras fontes de sal e seria necessário convencê-los a usar o sal "medicado" e convencer os comerciantes a fazerem a distribuição desse novo sal. Também houve muita dificuldade em manter a distribuição do sal de maneira efetiva e ininterrupta em algumas regiões, somado ao fato de que as crianças, que constituíam o grupo mais afetado eram os que menos consumiam ou não consumiam sal e à dificuldade em encontrar um sal estável que suportasse as condições de alta umidade dos trópicos, ou seja, havia inúmeras dificuldades relacionadas à implementação desse método[142,143], como apontado nos relatórios. Quanto aos medicamentos, foram observadas

[138] EMR Report on Malaria Eradication for the 16th WHA. M2-180-8(16), p.49. MEP WHO Archives.
[139] Brief Assessment of WPRO-68 (Medicated Salt Project) in Cambodia. WHO3_M2_157_6A_CAM (p.34 adobe). MEP WHO Archives.
[140] The first year of the antimalaria pilot project with medicated salt in Netherlands New Guinea by J. H. E. Th. Meuwissen, 1960. WHO3_M2_157_6NNG (p.41 do adobe). MEP WHO Archives.
[141] WHO OR 105 The work of WHO 1960, 1960 p.4.
[142] Hochman, 2008.
[143] OR WHA118, 1962, p.143.

situações de resistência do plasmódio às drogas existentes na época[144] e a distribuição foi, em muitos casos, realizada de maneira mal controlada, o que dificultava o acompanhamento e avaliação.

No capítulo 4, em que são apresentados outros temas aos quais Candau deu importância, a pesquisa médica aparece como um assunto que teve destaque e cabe apontar que a proposta de se investir na pesquisa também estava ligada à necessidade de aprimorar a produção e melhoria da qualidade dos insumos para o tratamento das doenças transmissíveis, como os medicamentos para a malária, por exemplo. As correspondências entre os cientistas mostraram a necessidade da definição de padrões de medida e de produção, como ficou claro no caso da produção do sal cloroquinado. A pesquisa também era essencial para compreender o processo de desenvolvimento da resistência dos mosquitos aos inseticidas e para a produção de outras substâncias que eliminassem os vetores considerando as diferentes condições dos locais de erradicação.

2.5 A virada: a campanha de erradicação da malária perde seu ritmo

Importante notar que a discussão sobre o Programa de Erradicação da Malária nas Assembleias Mundiais de Saúde centrou-se até a primeira metade dos anos 1960 principalmente na questão do recurso financeiro, tendo sido dedicada pouca atenção aos métodos de erradicação implementados e desenvolvimento destes nos respectivos países a partir de suas condições geográficas, sociais e econômicas, pontos que foram levantados como necessidade por alguns delegados. Mesmo os relatórios anuais do Diretor-geral não indicavam mudanças na condução da campanha dada a crescente resistência aos inseticidas por diferentes anófeles ou comentava sobre a adaptação dos métodos em diferentes países e territórios. A partir da segunda metade dos anos 1960, a OMS também expandiu suas parcerias com instituições de pesquisa que, para além da análise toxicológica, buscavam alternativas para controle biológico e genético dos vetores da malária.

No início dos anos 1960 já estava claro que era preciso definir nova maneira de abordar a erradicação da malária, assim, Candau levantou informações junto aos países sobre o desenvolvimento nacional da campanha de erradicação e controle da malária e compilou em um Relatório, que foi apresentado na 13ª AMS, de 1960, intitulado “Relatório Sobre o

[144] OR WHA118, 1962, pp.144-146.

Desenvolvimento do Programa de Erradicação da Malária", no qual deu destaque à situação da região africana[145]. O Relatório foi bastante impactante e o ano de 1961 marcou um ponto de virada nos esforços de erradicação da malária sobretudo na abordagem da erradicação junto aos países recém-independentes, que estava agora voltada ao

> planejamento de programas de pré-erradicação[146] com o objetivo de ajudar governos a construir gradualmente os serviços operacionais necessários e instalações para uma campanha de erradicação, bem como um suporte adequado à infraestrutura de saúde rural[147].

Ou seja, seis anos após o lançamento do Programa de Erradicação, a OMS começou a se dar conta de que não seria possível avançar em uma campanha deste porte sem antes solucionar a questão da falta de infraestrutura básica, considerando principalmente que as áreas rurais – as mais afetadas pela malária – eram as que dispunham de menos serviços de saúde ainda. A falta de planejamento de ações de curto prazo, necessárias para muitos países e territórios, dificultaram em muito o alcance dos objetivos de longo-prazo[148]. O caso da África era ainda mais grave, pois, na década de 1960, muitos países do continente estavam enfrentando processos violentos de descolonização ou eram recém-livres do jugo colonizador e contavam com uma infraestrutura de saúde bastante precária, quando possuíam.

No anos de 1962, na 15ª AMS, os países votaram uma resolução em que se afirmava que a participação ativa dos serviços gerais de saúde assumia considerável importância à medida que a campanha caminhava em direção ao seu objetivo final, tornando-se fundamental na fase de manutenção – na qual a vigilância contra a reintrodução da doença tornar-se-ia responsabilidade dos serviços gerais de saúde –, e recomendava que os países que estavam embarcando na fase de pré-erradicação planejassem o desenvolvimento de seus serviços de saúde com a visão de construir infraestrutura básica nas regiões de malária para tornar possível a implementação do programa de erradicação[149].

É interessante observar que nesta mesma Assembleia, Candau, ao falar sobre o Programa de Pesquisa Médica, apontou que a campanha de erradicação da malária era um excelente exemplo de que o conhecimento e técnicas de saúde pública não poderiam ser

---

145 OR WHA 103, 1960, p.383.

146 Cabe apontar que este novo estágio foi criado pela OMS para países que não possuíam serviços administrativos e de saúde desenvolvidos o suficiente para entrarem diretamente na campanha de erradicação. OR WHA 111, 1961, p.410.

147 OR WHA 118, 1962, p.133, tradução minha. No original: "The third is the new line of approach towards malaria eradication in the newly independent countries: the planning of pre-eradication programmes [sic] with the objective of helping governments to build up gradually the necessary operational services and facilities for an eradication campaign, as well as an adequate supporting rural health infrastructure"

148 Siddiqi, 1995.

149 OR WHA 119, 1962, p.200.

necessariamente aplicados em todos os países da mesma forma, mas deveriam ser adaptados às diferentes situações ecológicas[150]. Vale adicionar que é preciso atentar para as diferenças culturais também quando do lançamento de ações de saúde junto à sua população. No caso do Brasil, por exemplo, o pouco hábito da população da Amazônia em consumir sal impactou negativamente nos resultados esperados com a aplicação do método Pinotti[151].

O documento analisado na Assembleia de 1962 ainda revela que a utilização dos inseticidas continuou como principal medida de erradicação da malária, uma vez que as outras opções não estavam permitindo controlar a doença com a mesma eficiência da eliminação dos vetores, no entanto, a OMS reconheceu que não estava sendo dada devida atenção à fase de manutenção dos resultados obtidos, que implicava melhorar a vigilância. O problema nesse campo apresentava dois principais aspectos: a planificação e construção das atividades de manutenção envolvia prévia coordenação com os serviços gerais de saúde pública, para que estes estivessem cientes dos requisitos e das responsabilidades que seriam exigidas nessa vigilância. Era precisamente nessa fase que a questão dos serviços gerais de saúde ganhava ainda mais importância. O segundo aspecto levantado era que, como o Programa de Erradicação da Malária estava progredindo continuamente nas diferentes partes do mundo, fazia-se necessário estudar e rever a eficiência dos métodos utilizados até então e a premência de adotar outros métodos para evitar a reinfecção[152].

O Diretor-geral também apontou que a OMS precisava de profissionais qualificados e comentou que a organização estava fazendo esforços para selecionar médicos com considerável experiência administrativa em saúde pública para atuar como consultores nas campanhas de erradicação e que esse tipo de assessor seria especialmente válido em programas de pré-erradicação, nos quais era preciso assistência para desenvolver infraestrutura de saúde rural[153].

A questão da contratação de médicos, mencionada por Candau é digna de destaque, pois vale notar que a campanha foi planejada principalmente por malariologistas, não por sanitaristas, o que explica sua abordagem restrita e bastante centrada nas questões biológicas e menos nas questões sociais. O relatório também comentava brevemente a necessidade de fortalecer a área da vigilância, sem afirmar efetivamente o quanto a OMS se comprometeria com tais ações.

---

150 OR WHA 119, 1962, p.296.
151 Hochman, 2010.
152 OR WHA 118, 1962, p.156.
153 OR WHA 118, 1962, p.157.

A campanha de erradicação da malária estava sob grande pressão em meados dos anos 1960. A dificuldade em alcançar os objetivos estabelecidos mostrava que o uso das tecnologias e a atuação vertical e centrada na eliminação do vetor não eram a melhor forma de lidar com a malária, ao contrário, deixava exposto que a solução para este problema de saúde estava na realização de ações mais amplas, como de estruturação dos serviços de saúde dos países afetados. Aproveitando da situação crítica, o delegado da União Soviética, Serenko, destacou essa questão na 17ª AMS, realizada em Genebra em 1964, argumentando que o proeminente papel dos fatores socioeconômicos e culturais no desenvolvimento dos serviços de saúde e na mudança do padrão de doença estava sendo particularmente demonstrado com clareza agora no trabalho de erradicação da malária da OMS[154]. O delegado continuou, afirmando que estava claro também que somente um esforço conjunto para elevar as condições materiais de vida da população, para estabelecer serviços de saúde extensos, amplamente diversificados e bem-conduzidos, o uso de métodos de controle mecânico e químicos das doenças, para promover a melhoria das terras, e novos métodos de terapia poderiam assegurar o sucesso da campanha de erradicação da malária. Finalizou dizendo que não eram apenas métodos e táticas que necessitavam ser revisados, porém toda a orientação, a estratégia, do trabalho de erradicação da malária da OMS[155].

A fala do delegado da União Soviética mostrou o descontentamento com a condução da OMS e da campanha de erradicação em específico, que fora orientada com base na crença nas novas tecnologias, na verticalização das atividades e na independência dos serviços de erradicação da malária dos demais serviços de saúde até o momento em que ficou claro – primeira metade de 1960 – que a metodologia não estava funcionando e a erradicação se mostrava inatingível. Nesta mesma Assembleia, no discurso em que apresentou seu relatório, Candau fez um breve balanço da campanha e o tom não fora muito positivo, ainda que ele tenha afirmado ao final que as chances de eliminar a doença eram muito boas.

Após a fala do delegado da União Soviética, quem se pronunciou foi o delegado dos Estados Unidos, Offutt, que se apressou em afirmar que o desenvolvimento dos serviços locais de saúde poderia progredir concomitantemente com a erradicação da malária e manifestou sua preocupação de que as lacunas de infraestrutura de serviços de saúde rural obstruíssem o desenvolvimento de programas de erradicação, frisando que era preciso tomar cuidado para que

---

154 "The paramount role of socio-economic and cultural factors in the development of the health services, and in the changing pattern of disease, is being particularly clearly demonstrated now in WHO's malaria eradication work". OR WHA136, 1964, p.85, tradução minha.

155 OR WHA 136, 1964, p.85, tradução minha

os fundos e o pessoal que trabalhava na erradicação da malária não fossem desviados de suas tarefas especializadas[156].

A discussão sobre os assuntos abordados no Relatório do Diretor Geral continuou acalorada e o delegado italiano, Professor Corradetti, por sua vez, sugeriu que a filosofia de erradicação da malária seguida naquele momento fosse abandonada temporariamente e defendeu que a OMS continuasse seus esforços de erradicação somente nas áreas onde a erradicação da malária estava se mostrando plausível e que a Organização contribuísse para a organização dos serviços gerais de saúde pública e projetos de pré-erradicação para as regiões onde não se via a possibilidade real de eliminação da doença[157].

Candau já havia percebido a falha da OMS em definir a erradicação como objetivo sem ter levado em conta a imensa disparidade entre os países em termos de infraestrutura, principalmente na área da saúde, que exigiria grandes investimentos para ser constituída. Uma parte desse reconhecimento foi expresso indiretamente em sua declaração a respeito do Programa e Orçamento para 1965, na 17ª AMS, em que disse que as campanhas de larga escala contra doenças continuavam a ser uma característica do trabalho da OMS, porém tinha se tornado cada vez mais evidente que, se os países quisessem retirar o benefício máximo das campanhas, deveriam organizar passo-a-passo sua própria infraestrutura de saúde[158].

Nesta mesma Assembleia, realizada em Genebra em 1965, Candau exprimiu que a possibilidade de erradicação da malária na África era remota considerando as condições necessárias para tal apontadas por ele. Ainda com relação ao programa de pré-erradicação na África, Candau afirmou que o sucesso dependia da rápida criação de uma densa rede de serviços rurais, ou seja, o discurso assentado na pulverização não cabia mais e estava claro que o avanço dependia de serviços integrados de saúde[159]. O argumento da impossibilidade de vencer a malária sem o desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde apareceu novamente no discurso de Candau, na 19ª Assembleia em 1966, quando, em defesa do orçamento da campanha de erradicação da varíola, afirmou que sem pessoal de saúde adequado e um mínimo de serviços de saúde seria difícil levar o programa a uma conclusão bem-sucedida, vide a campanha contra a malária em muitos lugares[160]. Candau sabia onde estava o gargalo da campanha, mas, dado o quanto já se tinha passado desde o lançamento da mesma, em 1955, havia pouco que poderia ser feito para contornar a situação.

---

156 Id., 1964, p.242.
157 Id., 1964, p.242.
158 OR WHA 136, 1964, p.249, destaque meu.
159 OR WHA 144, 1965, p.51.
160 OR WHA 152, 1966, p.285.

Em 1967, a pedido dos delegados da 20ª AMS, o Diretor-geral iniciou um estudo, juntamente com um grupo de economistas, planejadores, administradores de saúde pública e malariologistas, sobre a melhor forma de rever a estratégia global de erradicação da malária. O grupo estudou: o impacto socioeconômico da malária em nove países selecionados como representativos das várias situações encontradas no mundo; a relação do programa de erradicação da malária com o plano nacional de saúde e o plano de desenvolvimento como um todo; o planejamento e a implantação do programa de erradicação da malária, cobrindo os aspectos técnicos e não-técnicos e os problemas enfrentados[161]. Em 1968 era evidente que, somada aos problemas financeiros e administrativos do Programa, a falta de infraestrutura básica em muitos países foi um grande problema porque, ainda que alguns tivessem observado queda nos casos de malária, os dados não se sustentavam por muito tempo, assim, o próprio Diretor-geral reconheceu a necessidade de uma abordagem integrada[162] no ataque aos problemas de saúde[163]. Para auxiliar no planejamento de saúde e das atividades nessa nova fase, Candau reforçou o interesse em ter representantes da URSS como consultores[164].

Importante destacar que o Diretor-geral seguiu defendendo o DDT até o último momento. Em seu discurso na 22ªAMS, em 1969 em Boston, Candau afirmou que a erradicação da malária ainda dependia fortemente do uso continuado do DDT, que os registros sobre a segurança do produto eram ótimos nos últimos 20 anos e que, pelo seu custo, era insubstituível no serviço de saúde naquele momento, porém que estavam desenvolvendo pesquisas para encontrar outros compostos[165]. Já em 1970, o Diretor-geral começou a relativizar sua defesa ao DDT, ainda que seguisse apoiando o uso. Na 23ª AMS, em Genebra, o Diretor-geral afirmou que

> É tentador proibir o uso de um inseticida que, em certa concentração, pode ser danoso. Contudo, esse mesmo inseticida, por eliminar, por exemplo, o vetor da malária, tem um papel central na redução da mortalidade e morbidade e por este fato permitia o aumento na produtividade e elevação dos padrões de vida.[166]

---

161 WHO OR 172. The work of WHO 1968, 1969, p.3

162 O Diretor-geral usou, de fato, essa expressão: "This emphasizes once again the integrated approach needed when tackling health problems." (OR WHA 169, p.83, 1968)

163 OR WHA169, 1968.

164 Diary of Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968, p.34. PASTA 3 – Official Travel Diaries M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

165 OR WHA 177, 1969, p.47.

166 No original: "It may be tempting, for example, to prohibit the use of an insecticide which, at a certain concentration, may be harmful. However, this same insecticide, by eliminating, for example, the vector of malaria, plays a key role in the reduction of mortality and morbidity and by that very fact enables productivity to be increased and living standards to be raised.". OR WHA 185, 1970, p.47 (tradução minha).

E continuou dizendo que esta era a forma como a OMS estava se preparando para a Conferência de Estocolmo em 1972, com a ideia de "abordar a questão ambiental a partir do ponto de vista ecológico, integrando em um esquema único todos os efeitos previstos da adoção ou remoção de determinadas medidas."[167], na esteira dos movimentos ambientalistas que estavam se consolidando no período.

O Diretor-geral compreendeu que não era mais possível seguir com a campanha nos mesmos moldes a partir da metade dos anos 1960 e a mudança ficou registrada em seus relatórios, em seu diário de visitas e nas discussões da AMS. Em seu relatório anual, a erradicação da malária, que vinha como primeiro capítulo exatamente com esse título desde o relatório referente ao ano de 1958, apareceu no relatório de 1970, referente ao ano de 1969, como segundo capítulo, com o título "Malária e outras doenças parasitárias, controle de vetores", ou seja, a palavra erradicação some do título e outras doenças transmissíveis, como varíola e tuberculose, ganham o espaço no primeiro capítulo. Mudança essa que estava alinhada à solicitação feita a Candau de reavaliação da estratégia global de erradicação da malária. O Diretor-geral explicitou ainda nesse relatório a dificuldade em avaliar em termos matemáticos exatos o efeito de uma doença específica no desenvolvimento econômico, buscando, de certo modo, relativizar as afirmações que a OMS fez ao longo de toda a campanha a respeito do impacto da malária na economia e, por consequência, no desenvolvimento dos países.

Na reavaliação da campanha, a OMS propôs que a erradicação da malária fosse encarada como um objetivo de longo-prazo e reforçou que para manter os resultados positivos verificados em alguns países e territórios era necessário o desenvolvimento de serviços de saúde de maneira sincronizada com os avanços na campanha[168]. O relatório de avaliação da campanha também apontou que era preciso manter um alto grau de adaptabilidade, principalmente dos métodos, que podiam ser combinados variando conforme a situação do país e a formulação dos planos de operação[169]. Após estes anos todos de campanha, Candau reconheceu que fora um erro pensar em erradicação da malária do mundo todo[170].

Nos anos 1970, a discussão sobre os impactos ambientas e na saúde dos animais do uso dos produtos químicos também fez com que a OMS reavaliasse suas ações de pulverização e

---

[167] No original: "The idea is to approach environmental problems from the ecological point of view, integrating into a single schema all the foreseeable effects of applying or ceasing to apply a given measure.". OR WHA 185, 1970, p.47

[168] WHO OR 180. The work of WHO 1969, 1970.

[169] OR WHA 176, 1970, p.117.

[170] Diary of Candau's visit to Copenhagen, Denmark to the WHO Regional Office for Europe – 22 September 1969 and to Stockholm, Sweden to attend the opening of the Karolinksa Symposia on Research Methods in Reproductive Endocrinology – 23-24 September 1969, p.2. Pasta 3 – Official Travel Diaries M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

investisse ainda mais em pesquisas a respeito da toxicidade dos inseticidas, principalmente o DDT. A partir dessa década, a malária foi suplantada por outros assuntos no relatório do Diretor-geral. A partir do lançamento do livro *Silent Spring*[171] de Rachel Carson e do destaque que as discussões sobre meio ambiente foram ganhando nos anos 1970, Candau resolveu por se manifestar a respeito dos efeitos adversos da pulverização do DDT, que estavam ganhando vulto, apontando que era preciso evitar o sensacionalismo e tratar das proporções reais dos impactos. O Diretor-geral afirmou em seu Relatório Anual, de 1972, que a OMS estava ciente das consequências negativas do DDT sobre a vida selvagem e informou que estavam pesquisando inseticidas e outras formas menos danosas de controlar os vetores, porém reafirmou que era preciso sopesar os efeitos negativos diante dos benefícios gerados do controle dos vetores de doenças[172]. Candau não mencionou a malária na introdução de seu relatório de 1972.

Candau, por fim, atribuiu aos problemas organizacionais, financeiros, logísticos e técnicos o fato de o resultado da campanha de erradicação não ter sido muito positivo em alguns países e territórios. Ou seja, as falhas eram de diversas ordens e em cada localização os problemas se davam em maior ou menor grau. Portanto, seria preciso considerar cada região e país individualmente para, a partir daí, avaliar como ações da campanha poderiam ser melhor executadas.

O fato de terem subestimado fortemente o impacto que a má-administração local pode ter tido no andamento da campanha também contribuiu para o insucesso da mesma[173]. O Diretor-geral reconheceu que a dificuldade de se consolidar os resultados positivos em algumas localizações, deveu-se em parte aos métodos utilizados para interromper a transmissão e, por outro lado, estava ligada ao fato de terem acreditado na possibilidade de serem bem-sucedidos sem uma organização dos serviços de saúde, que previsse o cuidado curativo e preventivo a todos os segmentos da população e, por essa razão, gozava da confiança da população e da cobertura necessária para o controle da malária[174]. A questão do confiança da população foi posteriormente entendida como, de fato, crucial para qualquer campanha contra doenças, como apontou Cueto em sua análise a respeito da campanha de erradicação no México: “os atores

[171] O livro, lançado em 1962, discute os consideráveis efeitos deletérios do DDT, além de fazer uma ampla análise da interação entre os produtos químicos e os seres vivos.
[172] WHO OR 197 The work of WHO 1971, 1972.
[173] Siddiqi, 1995.
[174] WHO OR 205 The work of WHO 1972, 1973.

locais e as culturas definem em última instância o sucesso das intervenções internacionais de saúde" [175].

O que surpreende nesse contexto da campanha de erradicação é perceber a visão estreita dos formuladores e defensores deste formato de ação, sobretudo Soper e Russell, pois ao mesmo tempo que os problemas se anunciavam, aqueles pareciam não se dar conta da dimensão dos mesmos. Soper, que teve diferentes experiências trabalhando em campanhas de erradicação conduzidas pela Fundação Rockefeller, entendia que não era necessário pensar no desenvolvimento de serviços essenciais, que poderiam receber devida atenção posteriormente quando fosse atingida a erradicação, com a eliminação dos vetores[176]. Segundo Lítsios, Soper chegou a acusar, em 1960, a OMS de ter concebido a ideia de estratégia de pré-erradicação para a África para mudar os custos da vigilância que estavam na conta especial da campanha de erradicação para a conta de serviços gerais de saúde[177]. Já Carlos Alvarado, que não era um dos mais bem quistos por Soper, apontava a necessidade de uma série de outras ações em áreas correlatas – como formação de pessoal e estruturação da burocracia – porém, aparentemente, acreditava que a falta de estrutura, de pessoal e de conhecimento seriam contornáveis ou mesmo que seriam solucionados ao longo da campanha e seguia defendendo a erradicação nos moldes propostos.

Alguns delegados das Assembleias Mundiais de Saúde sinalizaram em diferentes momentos que o maior problema de saúde de seus países era outra doença ou a falta de profissional e estrutura, mas suas declarações não foram suficientes para uma reavaliação das ações da campanha. O delegado da Líbia, na 9ª AMS, de 1956, apontou, por exemplo, que o orçamento previsto para o próximo ano para a erradicação da malária havia aumentado, entretanto não fora incrementado para outras áreas que estavam recebendo uma quantidade grande de demanda, como saúde materna e infantil, controle de doenças venéreas e saneamento[178]. Alguns países do Escritório Regional do Mediterrâneo Ocidental (EMRO, no inglês), como Egito, Iraque, Yemen, enfrentavam o *Schistosoma*[179], que estava causando mais danos à população do que a malária. Os países sob responsabilidade do EMRO, de modo geral, elogiavam o trabalho de Candau, porém também eram bastante críticos em suas colocações.

---

[175] "Local actors and cultures ultimately determine the success of an international health intervention". Cueto, 2007, p.165

[176] Stepan, 2019.

[177] Lítsios, 2020, p.152.

[178] WHO. Off. Rec. of the World Health Organization n.71. Ninth World Health Assembly 8-25 May 1956. Palais des Nations, Geneva, Dec. 1956. p.226

[179] Doença conhecida como *bilharziasis* em inglês.

Quando se fala da campanha de erradicação da malária, a primeira ideia que se tem é a de que os países iniciaram esta ação no mesmo ano, quando se decidiu pela erradicação na Assembleia. O fato foi que a campanha teve um caráter bastante heterogêneo pelo mundo, e alguns países, principalmente os da África, porém igualmente do Sudeste asiático ou mesmo das Américas, como o Brasil, entraram inicialmente numa fase de pré-erradicação ou projetos-piloto e, posteriormente, passaram para a fase de erradicação, tendo seguido e voltado para uma ou outra fase[180]. Não foi um processo linear, muito menos homogêneo. O Paraguai, por exemplo, estava na fase preparatória em 1966, enquanto o Nepal iniciava a fase de ataque em novas áreas, a Síria que já tinha algumas áreas na fase de manutenção, teve de retomar operações de ataque após surtos, e a Turquia, por sua vez, estava na fase de consolidação dos resultados[181], apenas para citar alguns países.

O que a leitura dos documentos da OMS indica é que a campanha enfrentava obstáculos em diferentes localizações, porém o tendão de Aquiles estava principalmente na África, onde o avanço das ações era mais complicado, pois, como já mencionado, muitos países estavam enfrentando questões políticas importantes referentes ao processo de descolonização, a infraestrutura era bastante precária e praticamente não havia profissionais de saúde em número considerável. Além disso, considerando o hábito de vida e de habitação da população, o combate ao mosquito por meio da pulverização mostrou-se como um método falho. Os países latino-americanos também sofriam malogros, porém a situação política, econômica e social era melhor que a dos países africanos de modo geral e a condução da OPAS, sob direção de Fred Soper, dava-se de maneira firma e independente.

Não se pode deixar de mencionar que o Programa de Erradicação da Malária puxou consigo outros assuntos que eram considerados importantes para Candau e abordados em todos os seus relatórios, como a importância da formação de recursos humanos em saúde e a educação em saúde que foram, em muitos casos, financiadas por meio de bolsas concedidas pela *ICA*, ou seja, certamente a formação vinha marcada com a perspectiva de saúde estadunidense. Nesse sentido, a OMS buscou avançar nas ações de erradicação da malária e, ao mesmo tempo, contribuir minimamente para que o país tivesse profissionais qualificados para seguir com as ações no campo. Ademais da educação, não foram poucas as vezes que Candau enfatizava a importância do desenvolvimento de serviços nacionais de saúde como necessários para

[180] As sucessivas fases do programa de erradicação da malária eram: preparação, ataque, consolidação e manutenção. (Terminology of malaria and of malaria eradication, 1963, p. 82).
[181] WHO OR 156 The work of WHO 1966, 1967.

sustentar a campanha de erradicação, com destaque para os serviços de saúde rural, essenciais para a fase de vigilância.

Candau parece ter sido convencido da possibilidade de erradicação da malária: mostrou entusiasmo com a utilização do DDT e dos medicamentos, e decidiu com confiança pela erradicação. Porém, pela leitura de seus textos e relatórios, Candau estava sempre atento ao fato de que não seria possível avançar na melhoria da saúde da população sem a formação de recursos humanos e constituição de uma rede ampla de serviços em saúde. A chamada pela formação de pessoal e pela estruturação de uma rede de serviços estavam sempre presentes em seus relatórios. O Diretor-geral pareceu esperar que a campanha verticalizada resultasse em melhoria em outras áreas, a partir da ideia de que a redução dos casos e erradicação geraria desenvolvimento econômico e social, e buscou dar exemplos, no relatório de reavaliação da campanha de erradicação da malária, de países que passaram por melhorias nos serviços de saúde rural a partir das ações da campanha, como Venezuela e Índia, argumentando que houve efeitos colaterais positivos da campanha na saúde rural[182].

Aparentemente Candau estava atendo às necessidades mais amplas para melhoria da situação de saúde das populações e entendia a necessidade de se investir em diferentes áreas, porém, naquele momento, dado o contexto acirrado de Guerra Fria e considerando que os Estados Unidos eram os principais financiadores das ações da OMS, o Diretor-geral ponderava suas ideias e preferiu abster-se de confrontação, que poderia inviabilizar a organização em seus primeiros anos de existência. A pergunta que fica é: o quanto Candau podia tensionar para a adoção de um modelo menos verticalizado e que conjugasse ações no campo social e de infraestrutura em um contexto de disputa ideológica? Ou o quanto, de fato, ele fora convencido pelos argumentos apresentados e, por isso, manteve sua posição quanto à forma como a campanha deveria ser conduzida? Ao que tudo indica, a pressão para a condução da campanha de erradicação da malária era maior do que o espaço de manobra que Candau tinha disponível.

De todo modo, independentemente da resposta a essas questões, deixando de lado a discussão política-ideológica – se isso for possível – ocorreu que a escolha pela campanha de erradicação expôs um erro administrativo significativo pois havia considerável informação a respeito da complexidade da ecologia dos insetos, de suas espécies, dos seus hábitos, além de conhecimento de que a doença se dava em diferentes ecossistemas, somada à situação de precária ou inexistente infraestrutura e administração em saúde dos países mais pobres, e, ainda assim, optou-se pela erradicação. A imagem que se tem é a de que a OMS traçou um grande

[182] OR WHA 176, 1970, p.112.

objetivo de longo prazo – a erradicação – e esqueceu de planejar as diversas ações necessárias para concretização das etapas de curto e médio prazo[183].

[183] Siddiqi, 1995.

CAPÍTULO 3

3. CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA: DO INÍCIO DESCENTRALIZADO AO SUCESSO TOTAL

A campanha de erradicação da varíola é sempre lembrada como a grande ação exitosa da Organização Mundial da Saúde, a única intervenção humana que eliminou uma doença infecciosa. Recentemente no ano de 2022, a lembrança desse feito voltou à tona com a contaminação de indivíduos em diferentes continentes pela chamada "varíola dos macacos"[1]. Foi no contexto da pesquisa sobre a varíola, ao final dos anos 1950, que os pesquisadores descobriram a varíola símia. O pesquisador J. Noble Jr, à época chefe do Laboratório de Doença Vesicular, do *National Communicable Disease* Center (antigo CDC), foi chamado para discutir o assunto em Moscou em 1969[2].

A campanha de erradicação da varíola apresentou algumas peculiaridades, a primeira é que Estados Unidos e URSS trabalharam em estreita parceria neste assunto em um contexto de Guerra Fria; o segundo ponto foi como a pesquisa ganhou um destaque nesta campanha, levando ao fortalecimento dos laboratórios ligados à OMS; e o terceiro foi que a campanha impulsionou igualmente a agenda de desenvolvimentos dos serviços nacionais de saúde.

Muito se tem discutido sobre um retorno da vacinação da varíola e sobre as diversas outras questões que permeiam a erradicação de uma doença e é interessante observar é que, ao menos no Brasil, quando se fala desta erradicação, o feito não é associado ao nome de Candau, muito menos ao fato de que este era brasileiro e fora Diretor-geral da OMS por quatro mandatos. Considerando esta disjunção entre o fato e o agente, este capítulo busca discutir como Marcolino Candau conduziu a Organização ao longo da campanha de erradicação da varíola, qual foi seu posicionamento e o quanto os louros podem ser dados à direção central da OMS pela erradicação.

3.1 A varíola no radar: as primeiras movimentações para o controle mundial da doença

---

1 Nome que foi revisto pela OMS porque a contaminação não está mais relacionada aos símios, sendo assim, a nova denominação – Mpox – é mais fidedigna à doença e evita o estigma carregado pelo nome anterior (OMS recomenda novo nome para varíola dos macacos, 2022, *online*).

2 Ofício ao Cirurgião Geral, do United States Public Health Services. S2/87/6, 8 January 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969 (p.876 adobe). SEP WHO Archives

Não há dúvidas de que a campanha de erradicação da varíola foi uma das grandes conquistas da OMS no período em que Candau era o Diretor-Geral e foi importante não somente pelo feito em si, mas por ter contribuído para elevar a imagem da organização que tinha passado mais de dez anos buscando a erradicação da malária sem ter tido o sucesso desejado no empreendimento. A varíola não era uma doença desconhecida, ao contrário, desde pelo menos o século X havia registro de que os chineses utilizavam o material purulento das feridas dos doentes para inoculação do mesmo em indivíduos sãos, levando ao desenvolvimento de imunidade e evitando a evolução para formas mais graves, prática chamada *variolation*[3]. A literatura[4] aponta para um histórico de ações contra a doença muito anteriores à decisão da OMS de iniciar a campanha de erradicação e esta foi finalmente concluída quando a sede da OMS passou a destinar mais recursos e auxiliou na coordenação dos trabalhos, sob a batuta de Marcolino Candau, e quando os Estados Unidos entraram com recursos financeiros e iniciaram o programa de erradicação da varíola e controle do sarampo na África Ocidental. De todo modo, há críticas a respeito do quanto a sede da OMS impactou positivamente na condução da campanha, que serão abordadas ao longo do capítulo.

A discussão a respeito da campanha de erradicação da varíola era anterior à chegada de Candau à Direção-geral. Em 1953[5], o Comitê Executivo aprovou Resolução na qual recomendavam que a Assembleia Mundial de Saúde de 1953 adotasse a sugestão do lançamento da campanha de erradicação da varíola, dentro da proposta de Brock Chisholm de que a OMS deveria estimular programas mundiais[6]. Esta Resolução fora baseada na Resolução da 4ª Assembleia Mundial da Saúde de 1951[7], que ressaltava a necessidade de programas gerais coordenados que chamassem os governos à ação para eliminar fontes e vetores de doenças. Brock Chisholm foi um importante defensor dos programas com abordagem global, diferentemente do que vinha sendo feito nas campanhas de erradicação que se concentravam em alguns países ou regiões, e, com os avanços na vacina e nos métodos de controle, viu a varíola como uma boa opção para a OMS mostrar sua importância para todos os países[8]. Na 6ª AMS, de 1953, a campanha de erradicação entrou na agenda como "Propostas para Campanhas Mundiais: Varíola", mas a proposta não foi adotada e a campanha só viria a acontecer anos depois.

---

3 Schneider, 2013.
4 Battacharya, 2006; Cueto, 2019; Fenner et al, 1988; Foege, 2011; Reinhardt, 2015; Stepan, 2019.
5 Na 24ª reunião do Comitê Executivo de fevereiro de 1953.
6 Resolução do Comitê Executivo, n.58, 1953. EB11R58, 1953.
7 Resolução WHA4.80 adotada na 11ª reunião da plenária em 25 de maio de 1951 (A4/R/66)
8 Farley, 2008; Reinhardt, 2015.

As discussões na AMS de 1953 mostraram que os países ainda estavam em dúvida sobre a viabilidade da campanha, que, caso se concretizasse, viria a ser a primeira em larga escala. Na ocasião da 6ª AMS, o delegado da Índia, Dr. Pandit, argumentou que o problema precisaria ser abordado a partir das bases regionais, uma vez que envolveria serviços públicos, laboratórios para a produção de vacinas e estrutura para garantir que a vacinação pudesse ocorrer onde a doença era endêmica. Opinião endossada pelo delegado do Reino Unido, Dr. Mackenzie, que afirmou que a doença não havia sido erradicada por conta de dificuldades práticas, como as dificuldades físicas e econômicas relacionadas à vacinação e pelo fato de a população não ter um nível considerável de educação pública, e sugeriu ao Diretor-Geral que, a partir dos Escritórios Regionais da OMS, colhesse informações junto aos governos locais sobre as adversidades e obstáculos encontrados e, posteriormente submetesse o relatório à 7ª AMS[9]. Outros delegados também ressaltaram a importância de se atentar para o contexto local antes do lançamento da campanha, tendo o delegado da Venezuela, Dr. Gonzales, argumentado que as dificuldades variavam consideravelmente de país para país e que era necessário levar em conta a situação econômica, social e educacional, além das dificuldades de transporte[10].

Por fim, nesta 6ª AMS, de 1953, os países votaram favoravelmente à resolução proposta pelo Reino Unido, que solicitava ao Comitê Executivo a realização de um estudo detalhado dos meios de implementação da campanha que envolvesse, paralelamente, uma consulta aos Estados-membros e aos Escritórios Regionais e entregasse o relatório para a análise na 7ª AMS[11]. Em 1953, a vacina para a varíola estava passando por experimentos e a OMS estava no processo de consultar os especialistas e os Escritórios Regionais quanto às questões técnicas que poderiam influenciar na condução da campanha de erradicação[12]. Na ocasião, Pierre Dorolle[13], Diretor-geral Assistente, posicionou-se favoravelmente à campanha, argumentando que, apesar da descoberta de métodos de controle havia mais de 150 anos, a doença ainda existia, concluindo que este era o caso para mostrar que a cooperação era realmente necessária para que bons resultados fossem alcançados, a despeito da excelência dos métodos técnicos[14]. O curioso é que não houve um empenho da OMS neste momento à altura da declaração de Dorolle.

---

9 OR WHA 48, 1953, p.213.
10 Id., 1953, p.2013-214.
11 Id., 1953, p.23.
12 OR WHO 51. The Work of WHO 1953, 1954, p.15.
13 Foi Deputy Director-General de 1953 a 1973, ou seja, durante todo o período que Candau foi Diretor-geral. Dorolle teve um histórico de trabalho na saúde em países subdesenvolvidos, tendo permanecido 26 anos na Indochina francesa (atual Laos, Camboja e Vietnã). Retirado de: <https://history.rcplondon.ac.uk/inspiring-physicians/pierre-marie-dorolle>. Acesso em 23 set. 2022.
14 OR WHA 48, 1953, p.212

Dando sequência ao que fora solicitado, o Comitê Executivo requereu ao Diretor-Geral, Marcolino Candau, como resolução da reunião no dia 12 de janeiro de 1954, que instasse as administrações de saúde a conduzir campanhas contra a varíola como parte de programas de saúde pública e incluísse em seus projetos de programa futuros, quando possível, estudos adicionais sobre a varíola no que diz respeito aos aspectos de campo e laboratoriais[15]. A 7ª AMS, de 1954, no entanto, não decidiu pela discussão a respeito da implementação da campanha, ainda assim solicitou ao Diretor-Geral que continuasse os estudos sobre os métodos mais eficientes para o controle da varíola, informasse as limitações orçamentárias que a assistência requereria das administrações nacionais e reportasse à 8ªAMS os progressos e resultados atingidos[16].

Antes mesmo de se chegar à versão mais aprimorada das vacinas e da finalização das pesquisas, os países já colhiam resultados positivos da imunização contra a doença. O delegado do Vietnã relatou na AMS de 1954 que naquele ano o país vivenciou uma epidemia de varíola no sul do país e, para contê-la, o Departamento de Saúde multiplicou as equipes de vacinação, tendo como resultado desta e outras medidas, a superação da epidemia em dois meses[17]. Igualmente o delegado da Indonésia, Dr. Anwar, relatou que o país logrou controlar a doença com vacinação em seu país[18]. Alguns países ainda enfrentavam surtos epidêmicos de varíola mesmo com a população vacinada, como ocorreu em Taiwan, que viu o número de casos baixar fortemente após esse único surto e, com base nessa experiência, o delegado chinês, Dr. Chu-Hui Yen, sugeriu que a OMS continuasse realizando pesquisas para melhor compreender a doença e as maneiras de realizar seu combate[19].

A varíola tinha diferenciais consideráveis que descomplicaram a erradicação em certo nível, por outro lado, suas características exigiam outras maneiras de condução da campanha que diferiam em muito dos métodos de erradicação de doenças transmitidas por vetores, com as quais importantes figuras da OMS já tinham experiência, notadamente Soper, que havia trabalhado para a Rockefeller em campanhas de combate à febre amarela, de erradicação do anófeles e do Aedes aegypti[20].

Dentre as características que diferenciavam a varíola das demais doenças, sobretudo da malária – que "disputava" a agenda de ação da OMS –, pode-se começar pelo fato de que as

---

15 Resolução do Comitê Executivo, n.3, 1954. EB13.R3, Second Meeting, 12 january 1954.
16 OR WHA 55, 1954, pp.18-19.
17 Id., 1954, p.201.
18 Id., 1954, p.209.
19 Id., 1954, p.210.
20 Cueto, 2007; Lopes, 2020; Magalhães, 2016; Packard, 2007; Packard, 2016; Palmer, 2015.

pessoas não transmitiam a doença quando ainda estavam no período de incubação ou antes da irrupção das pústulas, o que era positivo por um lado, porém, dependendo do tempo de ação, poderia ser tarde demais para salvar os enfermos. Além disso, as pessoas com sintomas leves não eram importantes transmissores do vírus, contrariamente àquelas que tinham pústulas aparentes, característica que também facilitava o reconhecimento e isolamento dos doentes. Havia também o fato de que a doença seguia uma flutuação sazonal na frequência dos casos, o que facilitava a formulação de estratégias para controlar a transmissão, e a forma de controlá-la era relativamente simples do ponto de vista técnico, porque o combate ou erradicação de qualquer doença é um processo bastante complexo e difícil considerando os outros diversos elementos envolvidos. Por fim, não havia reservatório animal para o vírus da varíola e a vacinação em uma única dose era suficiente para gerar imunidade para toda vida[21]. A escolha pela erradicação de uma doença ou outra tem, porém, outros condicionantes que não suas características etiológicas[22], sobretudo levando em conta que o cenário político internacional neste período era bastante complexo, envolvendo o processo de descolonização de países da África e Ásia, a industrialização e desenvolvimento de uma parte dos países subdesenvolvidos e a disputa ideológica entre capitalismo e socialismo.

A pauta da organização e lançamento de uma campanha para erradicação da varíola foi sendo empurrada sem aprofundamento e comprometimento da Organização naquele momento. Em seu primeiro relatório como Diretor-geral, de 1954, Candau comentou que a formulação de políticas e práticas de controle das doenças transmissíveis precisava considerar três aspectos: primeiro – a avaliação de trabalhos já feitos, para evitar a repetição de erros, para adaptar os métodos de acordo com a área de implementação, para iniciar pesquisas técnicas para aprimorar os método e para reduzir custos; segundo, a adaptação de novos métodos de controle à aplicação em massa no campo, citando o exemplo do uso de uma única injeção de penicilina contra bouba e sífilis; e, por último, o desenvolvimento de novas medidas para o controle de doenças para as quais ainda não havia métodos satisfatórios, o que exigia estudos, pesquisas, testes em campo e colaborações com instituições nacionais e internacionais e especialistas, citando como exemplo a influenza, poliomielite, brucelose, hanseníase, entre outras. Quanto à varíola, o relatório apontava que era um ótimo exemplo de doença que poderia ser controlada – Candau não registrou "erradicada" –, pois todo o conhecimento técnico necessário já estava disponível,

[21] Fenner, 1982; Battacharya, 2006; Foege, 2011; Reinhardt, 2015.
[22] Reinhardt, 2015

faltando apenas a organização nacional para tal[23], mas não iniciou uma proposta de apoio aos países para realizar essa organização.

A discussão a respeito da existência ou não de técnicas e tecnologia suficientes para o controle e erradicação das doenças pode ser compreendida no contexto de otimismo sanitário do pós-segunda guerra, no qual o contexto social, cultural e econômico das populações não era tão considerado quando da concepção das campanhas de erradicação, mas sim o fator não-humano[24], ou seja, os recursos biomédicos e tecnológicos existentes, e havia um cuidado quando aqueles primeiros fatores precisavam ser envolvidos, pelo fato de a disputa ideológica entre os EUA e a URSS ter se instalado após o fim da Segunda Guerra.

Candau, nos anos iniciais, entre 1953 e 1956, acompanhou as discussões e as informações repassadas pelos países e conduziu a questão da varíola sem dar prioridade à mesma, tocando outros assuntos que surgiam como demanda sem necessariamente escolher uma linha de ação específica. Quando a campanha da malária assumiu a proeminência na agenda da OMS, as discussões sobre a varíola passaram a ficar em torno das descobertas de vacinas e relato de surtos epidemiológicos e de controle ou eliminação da doença em alguns territórios. Em seu relatório anual, de 1954, Candau informou que pesquisas laboratoriais de quatro vacinas da varíola haviam sido finalizadas, que seus resultados ainda estavam em análise e que outras etapas continuariam por pelo menos mais dois anos, seguidas por etapas de aplicação na população de áreas endêmicas[25]. Já no Relatório do Diretor-geral de 1956, Candau informou que as pesquisas da vacina da varíola, conduzidas desde 1952, foram completadas e atingiram um resultado positivo, mostrando que era possível manter a estabilidade da vacina a 45º graus por uma duração de dois anos[26]. Ou seja, ao longo destes anos, o Diretor não abordou a possibilidade de uma campanha global de erradicação da doença, ainda que acompanhasse com entusiasmo o avanço na qualidade e segurança da vacina.

Após muitas discussões e frustração com o Programa de Erradicação da Malária, a OMS decidiu-se pela campanha de erradicação da varíola, doença que estava presente em todos os continentes e resultava em grande custo para os países desenvolvidos que já a haviam erradicado de seu território manter a vacinação de sua população. Ademais, havia conhecimento suficiente acumulado a respeito da doença e avanço tecnológico para erradicá-la, o que favoreceu a aceitação da campanha.

---

23 OR WHO 51 The work of WHO 1953, 1954, p.3.
24 Cueto, 2007; Packard, 2007; Reinhardt, 2015.
25 OR WHO 59 The Work of WHO 1954, 1955, p.15.
26 OR WHO 75 The Work of WHO 1956, 1957, p.VII.

3.2 O início "*de jure*" da campanha de erradicação

O primeiro ano em que a OMS publicou uma resolução de Programa especificamente para a erradicação da varíola foi em 1958, na qual foi solicitado que o Diretor-geral apresentasse ao Comitê Executivo um estudo sobre as consequências da adoção de um programa de erradicação da doença e recomendava que a população fosse vacinada em países onde casos ainda eram detectados[27]. Na 11ª AMS, de 1958 em Minneapolis, Estados Unidos, os delegados deram forte apoio à campanha de erradicação proposta pela URSS, e reforçaram o poder da vacinação, que havia levado muitos países a zerar o número de casos em cidades e regiões, tendo o delegado do Equador, Dr. Ramírez, declarado que acreditava que a erradicação da varíola era tão importante quanto a da malária[28]. O delegado da URSS, prof. Grashchenkov também se manifestou e um dos pontos mais importantes na sua argumentação, quando da apresentação da Resolução, foi a defesa de que a vacinação contra a varíola não precisava ser realizada em toda a população do mundo simultaneamente, mas que seria suficiente vacinar as áreas endêmicas periodicamente e que, somada a isso, deveriam ser realizadas medidas adicionais, como medidas de quarentena, para garantir a erradicação[29]. Esse argumento do delegado veio antes do que ficou conhecido como "método de contenção e vigilância", quando se decidiu que a melhor metodologia era vacinar as regiões em que havia casos e aprimorar a estratégia de vigilância para detecção dos mesmos, cujo aplicação na campanha foi atribuída então ao médico do CDC, William Foege.

Foi nesta 11ª Assembleia, de 1958, que a erradicação da varíola foi considerada plausível e na qual Candau informou a doação pela URSS de 25 milhões de doses de vacina para a varíola e que Cuba havia oferecido doar 2 milhões de doses anualmente para a campanha[30]. Estes dois países e, mais especificamente a URSS, continuaram a fazer doações consideráveis de vacinas ao longo da campanha. Ficou decidido na Assembleia por requerer a mobilização de todos os esforços, nacionais e internacionais, pela erradicação da varíola[31], porém os países não chegaram a um acordo quanto ao orçamento do programa, o que só foi aprovado juntamente com o plano de erradicação em 1966, na 19ª AMS[32]. Ou seja, ações de

---

27 OR WHA 87, 1958, p.41-42.
28 Id., 1958, p.265.
29 Id., 1958, p.263.
30 Id., 1958, p.268; p.270 (P.281 do adobe).
31 OR WHA 95, 1959, p.79.
32 Foege, 2011; Stepan, 2019.

combate à varíola estavam acontecendo de maneira descentralizada nos países e a campanha só se tornou o Programa de Erradicação da Varíola (SEP, na sigla em inglês) posteriormente, após votação de um orçamento específico para tal. Interessante notar que, quando da discussão da Resolução que aprovou o início da campanha[33] na AMS de 1958, a delegação do Brasil não se posicionou em nenhum momento, mesmo sendo o país que mais tinha casos nas Américas.

Uma vez aprovado o desencadear da campanha, sem o devido recurso e planejamento da ação global, Candau seguiu frisando a importância de que a iniciativa não fosse descolada dos serviços de saúde local. Em seu relatório anual entregue à 12ª AMS, em 1959, Candau apontou que era importante contratar pessoas que trabalhavam no serviço nacional, enquanto a OMS poderia providenciar epidemiologistas ou assistentes de laboratório como consultores de curto-prazo[34]. Os países deram, assim, sequência a suas campanhas e a OMS dava assistência individual a eles principalmente quanto à escolha da vacina, às técnicas de preparo da mesma e treinamento de pessoal de laboratório[35].

Na sequência da aprovação da resolução em 1958, os países começaram a desenvolver diversas ações que passavam por levantamentos para avaliar as capacidades existentes para a condução da campanha[36] a projetos que envolviam a ida a campo, neste caso com o intuito de aproveitar de outros programas já existentes – como a vigilância da campanha da erradicação da bouba[37] ou detecção de casos de lepra – para vacinar contra a varíola. Outras iniciativas também foram realizadas na sequência dessa aprovação, como a Conferência de Brazzaville em 1959, na qual os países africanos discutiram a questão da erradicação; além de diversos países terem iniciado a construção de infraestrutura para produção de vacina[38]; a OPAS[39] seguiu com o provimento de assistência material aos países da região e a campanha nas Américas, que havia sido aprovada desde 1950 e avançou, porém não tão rapidamente quanto gostariam[40]; ou seja, as ações foram se desenvolvendo de maneira independente da coordenação da sede em Genebra.

O início da mobilização para a erradicação da varíola ocorreu em um momento no qual a OMS estava bastante envolvida na campanha de erradicação da malária, iniciada em 1955, para a qual o Diretor-geral tinha sua atenção voltada, mantendo presença nas discussões sobre

---

33 Resolução WHA11.54 Smallpox Eradication (OR WHA 87, 1958, p.41).
34 OR WHA 95, 1959, p.582.
35 OR WHO 98 The Work of WHO 1959, March 1960, p.VIII.
36 OR WHO 90 The Work of WHO 1958, 1959.
37 Muniz fez uma análise da campanha de erradicação da doença no Brasil entre 1956 e 1961. Neste período, o governo buscou combater e erradicar algumas doenças que eram relacionadas ao atraso do Brasil em termos de desenvolvimento, sobretudo as endemias rurais. (Muniz, 2009)
38 OR WHO 105 The Work of WHO 1960, 1960.
39 Na época, ainda Escritório Sanitário Pan-americano (PASB, em inglês).
40 OR WHO 90 The Work of WHO 1958, 1959, p.50.

seus rumos. Candau não demonstrava muito interesse em discutir com os governantes as ações para a erradicação da varíola, como se pôde perceber nos relatos das viagens apresentados em seus diários. Em viagem ao Nepal, em 1958, Candau conversou com o Ministro da Saúde, que manifestou interesse tanto na campanha de erradicação da malária quanto da varíola. O Diretor-geral, em seu diário, escreveu que explicou ao Ministro que seria preciso usar vacinas liofilizadas para aplicação na população que vivia em montanhas, por outro lado, com relação à campanha contra malária, Candau manifestou seu desejo de que o Conselho de Ministros aprovasse o acordo para esta campanha antes que ele deixasse o país[41]. Por fim, o Plano de Operações da campanha de erradicação da malária no Nepal foi aprovado em 01 de dezembro de 1958, antes de Candau finalizar sua visita[42]

Os Relatórios Anuais do Diretor-geral não davam grande destaque aos projetos de varíola que estavam sendo conduzidos. Ao contrário da malária, a varíola não tinha um capítulo reservado para si nestes Relatórios, sendo mencionada no capítulo de doenças transmissíveis juntamente com a apresentação de dados sobre outros vírus que não foram motivo de elaboração de campanha de erradicação, como notou o delegado da Rússia, Dr Butrov, na 14ª AMS, realizada em Nova Deli[43]. Somente em 1969, o capítulo das doenças transmissíveis foi colocado como capítulo 1, apresentando "Vigilância epidemiológica e Quarentena" como primeiro tópico e varíola como segundo, seguido do capítulo da malária e outras doenças causadas por parasitas. Já no relatório referente ao ano de 1970, a varíola aparece novamente depois de outros tópicos, em quinta posição, precedida dos tópicos sobre doenças bacterianas, tuberculose, lepra, treponematoses endêmicas e infecções venéreas, por exemplo[44]. A apresentação dos relatórios é um indicativo a respeito de quais temas mereciam mais ou menos destaque e dão uma pista importante a respeito das prioridades da agenda da OMS neste período.

Na 16ª AMS, de 1963 em Genebra, as declarações dos delegados da URSS, como Viktor Zhdanov e Dr. Novgorodcev[45], vinham carregadas de incentivo à campanha e também de críticas, apontavam o que havia sido feito, em quais quesitos houvera avanço, e comentavam sobre o que era necessário ser feito para aprimorar e ter mais resultados positivos. Nesta Assembleia, o delegado dos Estados Unidos, Dr. Williams, apoiou o comentário dos russos e

---

41 Diary Of Dr. Candau's Official Visit To Nepal And Ceylon With Stops At Karachi, Calcutta New Delhi And Madras. 25 November to 9 December 1958, p.6. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958.

42 Diary Of Dr. Candau's Official Visit To Nepal And Ceylon With Stops At Karachi, Calcutta New Delhi And Madras. 25 November to 9 December 1958, p.13. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958.

43 OR WHA 111, 1961, p283

44 OR WHO 188 The work of WHO 1970, 1971, p.III.

45 OR WHA 128, 1963.

declarou que a varíola era de fato a doença transmissível cuja erradicação parecia mais possível, e conclamou para que o Diretor-geral desse mais atenção ao problema quando do estabelecimento de orçamentos futuros, de modo a garantir recurso para a campanha. Neste contexto, a Organização Sanitária Pan-Americana, em Conferência em Minneapolis em 1962, já havia estabelecido o objetivo de erradicar a varíola da região até 1967, como informou o delegado dos Estados Unidos[46].

A União Soviética não estava contente com a postura de Candau a respeito da campanha, considerando que as pesquisas sobre as vacinas estavam bastante avançadas e já havia experiência suficiente acumulada que demonstrava a possibilidade de sucesso. Porém o Diretor-geral estava muito receoso em embarcar em uma ação dessa magnitude considerando o atoleiro – o Programa de Erradicação da Malária – em que estava a OMS. Assim, Candau foi deixando que os países seguissem as poucas diretrizes dadas e caminhassem independentes na empreitada, sem grande envolvimento da sede em Genebra.

O que se viu foi um aumento da pressão dos países partir dos anos 1960 pela organização da campanha de erradicação da varíola, que muitos acreditavam ser mais fácil erradicar que a malária. As próprias resoluções da OMS[47] reconheciam que as ações referentes à erradicação da varíola haviam caminhado a passos lentos, até a Resolução WHA20.15 de 1967, em que se afirmou que a varíola ainda era um sério problema no mundo[48], e a partir da qual o Programa de Erradicação ganhou impulso.

O contexto político também contribuiu para a mudança de rumos na OMS, pois com a ocorrência da Revolução Cubana, em 1959, a relação entre USA e URSS ficou ainda mais tensionada e a região das Américas foi colocada no centro desta disputa entre as potências. A União Soviética estava investindo pesadamente em pesquisas na área da saúde e organizava a saúde dos países que a compunham a partir da estruturação de serviços básicos de saúde, o que estava gerando bons resultados[49]. Cuba foi um país-chave nessa questão, servindo como vitrine das ações socialistas, preocupando os estadunidenses. Outros países também passaram por turbulências políticas nesse momento, como o Paquistão, que sofreu um golpe de Estado em 1958, e enfrentava epidemias de varíola e cólera no mesmo ano[50].

---

46 Id., 1963, p.309.
47 OR WHA 118, 1962, p.26; OR WHA 127, 1963, p.19.
48 OR WHA 160, p.8.
49 Vargha, 2018
50 Greenough apresenta os impasses e aprendizados de especialistas do CDC que foram enviados ao país para controlar a epidemia de varíola. (Greenough, 2011)

Os Estados Unidos já vinham analisando novas maneiras de se colocar na OMS em virtude do declínio da campanha de erradicação da malária. Em 1962, na ocasião de uma visita de Candau aos EUA, Richard Gardner, *Deputy Assistant Secretary of State Department for International Organization Affairs*, comentou com o Diretor-geral o interesse dos Estados Unidos em levantar sugestões de programas científicos que poderiam ser desenvolvidos em parceria com a URSS e propôs que a cooperação no âmbito da saúde poderia dar-se sobre a égide da OMS e poderia ser aberto a outros países também. Candau alertou sobre as implicações políticas de algumas ideias e indicou que o melhor programa que poderia ser desenvolvido era o da erradicação da varíola, o que traria a URSS para o continente africano, apontou Candau, ao que Gardner respondeu que, de fato, os EUA não gostariam de despertar o interesse da URSS pela África[51].

Como mencionado, as campanhas estavam sob incumbência dos governos nacionais e Candau apontava para essa responsabilidade, dizendo que a campanha parecia seriamente ameaçada pelo pouco apoio adequado das autoridades locais dos países endêmicos e pela assistência financeira insuficiente de todas as fontes possíveis[52]. A declaração, porém, era um tanto quanto vazia, uma vez que Candau não havia mostrado entusiasmo, nem mobilizado os países pela votação de um planejamento e orçamento da OMS para execução da campanha quando da aprovação da primeira resolução sobre o assunto em 1958. Na visão de Candau, apresentada na época, os países em desenvolvimento tinham problemas mais importantes, como a tuberculose e a malária, para resolverem[53].

O delegado da Tchecoslováquia, Professor Macúch, afirmou na 16ª AMS, em 1965, que "se o programa de erradicação fosse continuar como naquele momento, muito esforço e dinheiro seria desperdiçado com a diversidade de métodos e progresso de país para país" e continuou dizendo que, se chegassem em um acordo, o país poderia apoiar um programa bem planejado e coordenado para todo o mundo[54]. A Tchecoslováquia já havia erradicado a varíola de seu território e tinha um importante centro para análise de vacinas, que era parte do *WHO Serum Reference Banks*[55].

Antes de 1966, a campanha de erradicação nos países se resumia principalmente a ações de vacinação em massa. Com a entrada do CDC e sob a chefia de Donald Henderson, que

---

51 Diary of Dr. Candau's visit to Brazil and the United States of America – 11 to 30 August 1962, p.11. Pasta 2 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.
52 OR WHA 144, p.52, 1965.
53 Diary of Dr. Candau's visit to Philadelphia and Washington – 30 October to 6 November 1965, p.5. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.
54 OR WHA 144, 1965, p.311-312.
55 Raska, 1983.

anteriormente estava como diretor da campanha de erradicação da varíola e controle do sarampo em 18 países da África Ocidental e Central lançada pelo governo estadunidense[56], a campanha passou a auxiliar os países a organizar e desenvolver ações de vigilância e relatoria de casos[57]. Pouco se fala do papel desempenhado pelo Diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS, Karel Raska[58], que era da Tchecoslováquia, país parte da zona de influência da URSS, que argumentou pela reorientação da campanha para uma abordagem integrada de detecção de casos, medidas de controle e vigilância epidemiológica e convenceu os colegas da OMS da plausibilidade de erradicação da varíola[59]. É importante destacar que a proposição para se levar a cabo uma campanha de erradicação da varíola veio da URSS, bem como a proposta de trabalhar com uma metodologia que integrava e fortalecia a vigilância, ao mesmo tempo, a campanha fora chefiada pelo estadunidense Donald Henderson.

Foi a partir deste ano, pode-se supor que por conta da crescente pressão, que o Diretor-geral passou a dedicar parte de seus discursos à questão da varíola, pois em algumas Assembleias Mundiais da Saúde, quando da apresentação do seu Relatório Anual, a doença não fora sequer mencionada. Alguns autores[60] mostram como houve alguns aspectos positivos dessa maior liberdade dada aos países para desenho de sua campanha, por outro lado, muitos países tinham problemas internos de organização da saúde, que poderiam ter sido minimizados com o auxílio da OMS, pois o pouco apoio ofertado pelos governos locais, mencionado por Candau, deu-se por incapacidade de fazê-los.

Na Assembleia Mundial de 1965, o delegado russo, Dr. Ahmeteli, subiu o tom da crítica e afirmou que "a erradicação da malária parecia ser a filha preferida da OMS, enquanto a erradicação da varíola parecia estar sendo tratada como a filha adotiva", e complementou dizendo que a crítica poderia ter sido evitada se medidas concretas tivessem sido adicionadas no programa para 1966 e se a responsabilidade não tivesse sido transferida aos países[61]; por fim confirmou a intenção da URSS em apoiar propostas concretas para o programa. Outra crítica importante foi feita pelo delegado do Reino Unido, Sir George Godber, que reforçou que a OMS deveria

> concentrar no programa de erradicação da varíola ao invés de se virar para um outro programa ostentatório que poderia trazer apenas um prestígio espúrio

---

56 A campanha estava sendo implementada pelo CDC.
57 Henderson, 2008.
58 Cueto et al, 2019, p.120
59 Raska, 1983.
60 Henderson, 2009; Foege, 2011. Estes autores estiveram diretamente envolvidos na condução da campanha, dificultando a realização de uma análise menos enviesada.
61 OR WHA 144, 1965, p.316.

> para a Organização – e que nenhum centro de pesquisa era preciso para dizer à Organização o que fazer quanto à varíola, pois já se sabia[62].

A crítica foi neste sentido porque Candau estava dando bastante atenção ao Programa de intensificação de pesquisa da OMS, assunto que o empolgava mais e que ganhava destaque na agenda da Organização em detrimento da campanha de erradicação da varíola, sendo discutido com frequência por Candau quando de sua visita a diversos países. Na ocasião da 18ª AMS, em 1965, todos os países apoiaram a resolução proposta pelos Estados Unidos, inclusive a URSS, em que se declarava que a erradicação mundial da varíola era o objetivo maior da Organização[63].

Neste ano de 1965, mesmo da entrada oficial dos EUA na campanha contra a varíola, o Dia da Saúde foi dedicado a esta doença. A entrada dos Estados Unidos foi muito importante não somente porque grande parte dos recursos necessários vieram dessa parceria, mas porque indicava um "reconhecimento" de que, naquele momento, as tecnologias estavam prontas para servir ao propósito da erradicação. Ademais, indicavam que realmente a campanha de erradicação da malária não era mais o foco.

Os EUA deram o endosso final para a confiança na vacina e na metodologia de erradicação, que já haviam sido objeto de discussão por parte dos soviéticos. A entrada dos Estados Unidos, considerando a situação da Guerra Fria – notadamente a intensificação dos problemas na Guerra do Vietnã –, representava, também, o esforço liberal de buscar congregar os países que tinham deixado de ser colônia em uma ideia de "grande sociedade", a sociedade livre e capitalista que faria frente à sociedade comunista. No entanto, muitos apoiadores desta empreitada foram abandonando a ideia de lutar contra os comunistas indiretamente por meio de batalhas contra certas doenças[64]. Ainda assim, os EUA lograram erradicar a varíola em quase todos os países da África Central e Ocidental. A "nova roupagem" era aproveitar-se das campanhas para mostrar comprometimento com a cooperação internacional e o discurso era de que o país estava disposto a ir além para da Guerra Fria, buscando, assim, conquistar os países em desenvolvimento; por outro lado, internamente, a campanha era vista exatamente como uma maneira de combater nessa Guerra[65].

---

62 No original: "It would be far preferable for WHO to concentrate upon smallpox eradication than to turn to some more ostentatious programme which would lend only spurious prestige to the Organization -and no world research centre was needed to tell the Organization what to do about smallpox, since it already knew." (OR WHA 144, p.318, 1965, tradução minha)

63 OR WHA 114, 1965, p.313.

64 Reinhardt, 2010, 2015.

65 Manela, 2010.

Em 1966, Donald Henderson, que tinha uma carreira marcada por projetos na área de vigilância[66], assumiu o controle do programa especial de erradicação depois de um pedido de Karel Raska[67], diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS, à Alexander Langmuir, diretor do Serviço de Inteligência Epidemiológica – futuro CDC – para atribuir a Henderson esta tarefa[68].

3.3 O tímido interesse e o início das ações *de facto*

Havia uma expectativa de que as grandes campanhas de erradicação levassem à melhora na situação de saúde da população e também na infraestrutura dos países, que fora defendida na campanha de erradicação da malária. Igualmente, receava-se que apoiar a promoção do desenvolvimento de serviços básicos de saúde primeiramente para que se pudesse alcançar a erradicação fosse engrossar o coro dos comunistas, assim esta ideia foi evitada durante a campanha de erradicação da malária. No entanto, no caso da campanha de erradicação da varíola não era mais possível sustentar o argumento contrário ao desenvolvimento dos serviços de saúde e os Estados Unidos se juntaram à URSS na condução da campanha. Ainda que a campanha tenha sido possível pelo impulsionamento dado pela URSS, que já havia erradicado a doença de seu território e tinha avançado nas pesquisas da vacina, a participação dos EUA posteriormente foi essencial.

A necessidade do desenvolvimento dos serviços básicos de saúde para a erradicação da varíola era uma premissa apontada pelo Diretor-geral desde o início da discussão da mesma. Quando a campanha começou a ser desenvolvida, Candau argumentou que era inviável avançar sem uma estrutura de serviços de saúde e recursos para a ida à campo e para produzir vacina, principalmente nos países da África e Ásia[69]. Este posicionamento de Candau, reforçado em diversos momentos, mostra que o discurso oficial da OMS estava em mudança, no

---

66 Foege, 2011.

67 Médico, foi diretor da Divisão de Microbiologia e Epidemiologia do Instituto Estatal de Saúde Pública da Tchecoslováquia entre 1939 e 1952 e tornou-se Diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS em 1963 (Raska, 1983). Segundo Albuquerque et al (2002, p.8), "[a] partir de 1964, Raska, conforme Waldman, se preocupou em diferenciar a "vigilância" da pesquisa epidemiológica, agregando ao termo "vigilância" o qualificativo "epidemiológica", propondo inclusive, a ampliação das suas ações para outras doenças, além das doenças transmissíveis. No ano seguinte, a designação foi consagrada internacionalmente, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desse modo, a vigilância epidemiológica (VE) passou a ser interpretada como o acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle"

68 Raska, 1983

69 OR WHO 123 The Work of WHO 1962, 1963.

entendimento de que estes serviços criariam as bases para a erradicação e não o contrário – a campanha de erradicação levando ao desenvolvimento dos serviços de saúde, como apregoado pelos defensores da erradicação da malária.

A campanha foi conduzida a partir de então com forte parceria com o *Center for Disease Control* (CDC) dos EUA, que designou consultores para diversas áreas. Segundo Foege, a parceria entre as instituições era muito boa e qualquer problema ou questão jurisdicional era sempre negociado. O autor e funcionário da campanha apontou ainda que os esforços conjuntos eram importantes porque os oficiais da saúde pública dos países buscavam o CDC para questões de ciência, mas queriam que os consultores tivessem o "selo de aprovação" da OMS[70]. O CDC já estava estudando a varíola e vacinando diversos países antes de 1965 e tinha o pessoal, o projeto e as ferramentas para cumprir com os desejos do presidente Lyndon Johnson[71], que, com a escalada da Guerra no Vietnã, buscou melhorar sua imagem junto aos países em desenvolvimento, passando a apoiar a campanha de erradicação da varíola[72].

O medo dos EUA de aproximação por parte de outros países junto ao bloco soviético era constante neste período, assim o combate à varíola pareceu ser uma boa bandeira para justificar a ida dos EUA à África[73]. Segundo alguns autores, os políticos estadunidenses viam a ação contra a varíola na África como uma oportunidade para demonstrar o poder da experiência tecnológica dos EUA, de forjar a ligação entre o programa de saúde, a ideia de modernização e o anticomunismo[74]. Entretanto, a campanha foi se moldando de modo que a melhoria dos serviços públicos de saúde tornou-se bastante central e a URSS teve um papel marcante na defesa destas ações. Os Estados Unidos enfrentavam uma questão importante quanto à campanha, pois havia uma preocupação de que o repasse do recurso financeiro à OMS causasse controvérsia no país, assim, a parceria com CDC e USAID foram uma saída bastante adequada para fazerem a campanha a partir do gerenciamento de seu próprio recurso e com controle de sua metodologia.

Logo no início efetivo da campanha de erradicação, os países ricos, incluindo EUA, França e Grã-Bretanha, buscaram cortar o orçamento proposto, argumentando que o orçamento da OMS estava aumentando consideravelmente e deveria ser revisto, de modo a realizar cortes em outras atividades para a liberar recursos para a campanha de erradicação e que o orçamento

---

70 Foege, 2011, p.84.
71 Reinhardt, 2015.
72 Cueto; Brown; Fee, 2019; Manela, 2010.
73 Packard, 2016, p.150
74 Cueto; Brown; Fee, 2019, p. 126.

da campanha deveria ser incrementado lentamente[75]. Apesar da argumentação pelo corte, o orçamento para a campanha foi aprovado a partir de forte ação dos países africanos, e Candau acabou por ser acusado, pelos países ricos que compunham o Grupo de Genebra, de não agir para convencer os países subdesenvolvidos a aceitarem a redução[76]. Em declaração na 19ª Assembleia, de 1966, Candau fez dura crítica aos países, como França e Estados Unidos, que estavam disponibilizando grandes somas de recursos para iniciativas em outras áreas e concedendo montantes bem maiores em programas bilaterais do que o recurso que estava sendo alocado no orçamento da OMS e completou dizendo que "o problema em questão não era quantidade de dinheiro, mas o caminho pelo qual os países gostariam de direcioná-lo"[77].

Ao agir deste modo, os países financiadores mostravam a vulnerabilidade da OMS e que podiam esvaziar o seu poder, por outro lado, conseguir manter o orçamento ou incrementá-lo indicava a força de Candau. O Diretor-geral reforçou que a campanha seria malfadada como a campanha de erradicação da malária se não houvesse pessoal adequado e um mínimo de serviços de saúde e que a erradicação da varíola deveria ser adicional ao programa de desenvolvimento dos serviços de saúde e não deveria ser permitido a obstrução ou destruição destes últimos[78].

Ainda que o Diretor-geral reforçasse sempre em seus discursos a necessidade de implementação da campanha em articulação com os sistemas de saúde e indicando a importância de fortalecê-los, vigorava neste período a crença na possibilidade de erradicar doenças a partir do uso intensificado de tecnologias e metodologias rigorosas, considerando o mínimo possível os aspectos contingenciais das diferentes localidades onde se buscava combater a varíola. Com o tempo, essa metodologia foi se mostrando insuficiente para atingir realidade. Quando a campanha foi iniciada formalmente pela OMS, as tecnologias para vacinação já tinham evoluído grandemente: a agulha bifurcada facilitava a aplicação, reduzia o risco de contaminação, era mais barata e não exigia muita manutenção, e a vacina liofilizada também permitiu que a vacinação fosse realizada nos países mais quentes, pois se mantinha estável mesmo em altas temperaturas, sem falar na qualidade do produto, que tinha um grau de confiabilidade e segurança muito maior. Não obstante o avanço nas questões técnicas, os principais problemas estavam na aplicação e convencimento da população a se vacinar, como

---

75 OR WHA 152, 1966, p.271.
76 Reinhardt, 2015, p.81.
77 No original "The question at issue was thus not the amount of money but the way in which governments wished to channel" (OR WHA 152, 1966, p.284)
78 OR WHA 152, 1966, p.285.

apontado no documento *Health Education in Smallpox Programmes* [79], em que o Diretor da campanha reconhecia que os métodos da campanha deveriam variar de país para país e esboçava um cálculo-base a respeito de quantos profissionais seriam necessários para realizar a parte do convencimento na campanha.

Um dos avanços técnicos da campanha foi a metodologia da contenção e vigilância, aprimorada pelo médico William Foege, que, em 1967 juntamente com sua equipe destacada para a erradicação na Região Nordeste da Nigéria, pesquisaram relatórios anteriores sobre a varíola na região e, a partir de análises das datas, locais e mapas da região conseguiram visualizar um padrão macro das epidemias. Esta compreensão teria levado-os a decidir por colocar no centro da estratégia a vigilância dos casos e contenção da disseminação do vírus pelo bloqueio da movimentação das pessoas de uma área a outra[80], trazendo-a como estratégia primária, não como uma estratégia que viria a reboque da vacinação em massa[81]. Esta estratégia foi realmente importante para a erradicação, mas o próprio Foege aponta em seu livro que este método fora utilizado anteriormente em diferentes locais e momentos da história[82], como aparentemente faziam os russos em seu território, como explicado pelo delegado na 11ªAMS em 1958.

A falta de posicionamento de Candau repercutia negativamente na condução da campanha pelos escritórios regionais. Se havia a sensação de que o Diretor-geral não acreditava nem endossava fortemente a campanha, como os representantes regionais e os governos poderiam se sentir motivados a impulsioná-la? Além disso, os países enfrentavam outras questões de saúde que eram, em muitos casos, mais importantes que a varíola para aquela população, como a pólio e a cólera, apenas para citar duas, e a destinação de recursos para a varíola era controversa, ou seja, era preciso um discurso que deixasse claro para todos que, ainda que a varíola não fosse o problema maior daquele país, a erradicação mundial só poderia ocorrer se o esforço fosse coletivo. Esse discurso não veio da parte de Candau.

Em 1967, em carta a Payne, que era Diretor-geral Assistente, Karel Raska, Diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis, comentou o fato de a campanha ter se iniciado bem junto aos países do Escritório Regional para as Américas (AMRO, em inglês) e para o Mediterrâneo Oriental (EMRO, em inglês), porém demostrou surpresa com a condescendência com "o trabalho pobre na implementação e supervisão técnica do programa de erradicação na Índia"

---

79 Health Education in Smallpox Programmes. S2/370/1, 24 October 1966. ID S2-370-1JKT3 Smallpox eradication - programme planning - general 1966-1975, p.386 (do programa leitor) SEP WHO Archives.
80 Foege, 2011, p.60
81 Foege, 2011, p.77
82 Foege, 2011.

desenvolvido pelo Escritório da região, o Escritório para o Sudeste Asiático (SEARO, em inglês). E em sua missiva, questionou se não seria necessária uma condução mais firme da sede da OMS junto aos oficiais dos Escritórios Regionais, uma vez que estava claro que a concepção e a logística de implementação dos programas nacionais de erradicação tinham lacunas e diferiam da política aceita no geral[83]. A questão do financiamento também não foi simples: o Escritório para o Sudeste Asiático não concordara com a campanha e, assim, o recurso disponível para tal foi repassado para o Escritório Regional para as Américas no início dos anos 1960, ainda que somente o Brasil tivesse um número considerável de casos na região. Cinco anos após, com a erradicação da varíola nas Américas, o Escritório Regional recusou-se a devolver o recurso à SEARO para implementação da campanha na Índia[84].

As discrepâncias nas estratégias eram evidentes. Na 21ª Assembleia, de 1968, quando da apresentação de seu relatório anual, Candau destacou os avanços na campanha de erradicação da varíola e comentou que muitos países ainda estavam focados na campanha de vacinação em massa, quando as atividades de fundamental importância eram a notificação de casos, a vigilância e contenção[85]. O delegado da Itália, professor Penso, argumentou que ainda havia muitas cepas virais da varíola não identificadas e que as vacinas existentes não alcançavam e apontou que a delegação italiana considerava essencial haver uma padronização das vacinas e que a OMS deveria encorajar ou investir na pesquisa desses pontos[86]. Já se sabia que a URSS era o país que desenvolvia os estudos mais intensivos e abrangentes a respeito das vacinas, o que tinha levado a OMS a designar um laboratório em Moscou como o Primeiro Centro Regional de Referência para o assunto[87]. A falta de vacinas também era um grande problema e os documentos da OMS, notadamente os relatórios apresentados e as correspondências trocadas entre Genebra e os escritórios regionais, os governos e institutos de saúde, apresentavam o interesse da Organização em alavancar a produção da vacina em diferentes países, especialmente Guiné, Índia, Indonésia, Quênia e Tailandia, para que houvesse centros de produção regional de vacina liofilizada estáveis que abastecessem o país e os vizinhos[88].

---

83 Memorandum from Director CD to ADG Dr Payne. 6 April 1967. ID S2-370-1JKT3 Smallpox eradication - programme planning - general 1966-1975. p.2 (p.312-313 adobe). SEP WHO Archives.
84 Cohen, 2019, p.7
85 OR WHA 169, 1968, p.83
86 Id., 1968, p.355
87 OR WHA 161, 1967, p.260.
88 DAH/jcp Draft Resolution EB/39, 29.12.1966. Box 2 ID 0023 SME - Executive board meetings - correspondence from start of programme 1962-1978. (p.702 adobe). SEP WHO Archives.

Nesta mesma 21ª AMS, em 1968, Henderson informou que a OMS havia começado a elaboração de um plano de desenvolvimento de uma rede de serviços de laboratórios, e que progressos haviam sido feitos na elaboração de um manual de diagnóstico laboratorial da varíola e no desenvolvimento de antígenos e sérum exigidos para vários testes, ações para auxiliar os países na questão dos diagnósticos. O chefe do Programa ressaltou que a iniciativa fazia parte da nova estratégia de vigilância e argumentou que a campanha precisava ser vista como um empreendimento regional, no sentido de que a vacinação deveria dar-se em ambos os lados e que os países deveriam comunicar-se rapidamente sobre os casos, e reconheceu que era preciso desenvolver melhor vários aspectos relativos à avaliação dos programas[89]. Henderson ficou encarregado por completo da campanha. Os documentos referentes ao Programa de Erradicação mostram que Candau assinou poucos memorandos e outros documentos de comunicação, que eram trocados essencialmente com Henderson.

Em 18 de outubro de 1968, Henderson escreveu ao diretor da Divisão de Doenças Transmissíves, Karel Raska, demonstrando sua indignação com fato de que a discussão do Programa de Erradicação da Varíola seria adiado para outro Comitê Executivo, argumentou que certamente poderiam esperar dificuldades com doações, motivação de países ainda não-participantes para entrar na campanha e estímulo daqueles que o Programa estava deixando para trás, caso a campanha fosse tratada somente como mais um programa no espectro de programas desenvolvidos pela Organização. Criticou ainda o fato de as discussões da última Assembleia terem sido cortadas e terem passado longe do satisfatório e solicitou que a discussão da campanha de erradicação da varíola fosse colocada imediatamente à frente da discussão sobre a erradicação da malária na próxima Assembleia[90].

Por acaso, na 22ª AMS em 1969 a OMS foi criticada pelo delegado da URSS, Dr. Novgorodcev, pelo fato de a campanha de erradicação da varíola não figurar como um item separado da agenda[91]. Cabe perguntar por que a discussão seria novamente postergada no Comitê Executivo e quem decidia pelo que entraria ou não na agenda de discussão. O que fica claro é que não havia urgência em dar destaque para a pauta por parte de quem estava decidindo. Nesta Assembleia de 1969, o delegado de Camarões, Dr. Elom Ntouzoo, também fez críticas e comentou um ponto problemático da campanha, abordado pelo próprio Diretor-geral em seu relatório anual apresentado naquele ano, que era a falta de coordenação da campanha entre os

---

89 OR WHA 169, 1968, p.361-362.

90 Comunicação do Diretor do Programa de Erradicação ao Diretor de Doenças Transmissíveis. 18 October 1968. ID 0023 SME - Executive board meetings - correspondence from start of programme 1962-1978 (p.570 do adobe). SEP WHO Archives

91 OR WHA 177, 1969, p.320

países, papel que deveria ser exercido pelos Escritórios Regionais[92], com apoio da sede. Muitos delegados se posicionavam contra a integração da campanha de erradicação aos serviços gerais de saúde dos países e defendiam que essa deveria ser conduzida separadamente, como era feito com a campanha de erradicação da malária[93].

Na apresentação de seu relatório anual na 23ª AMS, em 1970, o Diretor-geral nem mencionou a campanha de erradicação da varíola. Durante esta Assembleia, diversos países relataram não terem mais notificações de casos da doença, inclusive países africanos, como República Africana Central, Marrocos, Zâmbia – que não teve nenhum caso em 1969 e notificou dois casos importados do Congo em 1970 –, Mali – com dois casos ainda em análise na época –, e Nigéria – que notificara apenas 12 casos nos 3 primeiros meses de 1970 –, para citar alguns exemplos[94]. Em 1971, a região das Américas estava livre da varíola e a campanha seguia na Ásia e em dois países da África, Somália e Etiópia – que havia começado sua campanha em janeiro de 1971. No total, naquele ano, a doença era endêmica em menos de dez países no mundo. A OMS enfrentava problemas com a Indonésia, que se recusou a aceitar as diretrizes da campanha colocadas pela Organização. Na 24ª AMS, em 1971, a delegada da Indonésia argumentou que o relatório do Diretor-geral não mostrava o avanço real da campanha no país, que havia tido uma redução na incidência maior do que a informada no documento[95].

Foege[96], autor que apresenta um livro elogioso da campanha, influenciado por sua experiência como profissional de saúde na mesma, comentou os motivos pelos quais ele acreditava que a OMS iria ser bem-sucedida em sua campanha de erradicação: o primeiro deles era o avanço tecnológico, que permitiu o melhoramento e estabilização da vacina, a criação pela OMS de um painel de especialistas que elaboraram um padrão global para o imunizante e um manual para sua produção, incluindo explicação do processo de liofilização[97]. Além disso, centros de testes de vacinas foram estabelecidos no Canadá e nos Países Baixos e países

---

92 Id., 1969, p.320

93 Statement made by Dr. Henderson at the World Health Assembly – 20 May 1968, 21 May 1968. p.480 (adobe). ID 0026 World Health Assembly - documentation and correspondence 1966 – 1978.

94 OR WHA 185, 1970.

95 OR WHA 194, p.404, 1971.

96 William H. Foege, médico epidemiologista, que trabalhou no combate à varíola em diferentes localidades, com destaque para seu trabalho na Nigéria como médico missionário. Em 1966, ainda neste país, recebeu uma carta para trabalhar para o *Center for Disease Control*, instituição dos EUA, no combate à varíola por ocasião da aprovação do orçamento para a campanha de erradicação pela OMS. Foege ficou conhecido por elaborar o método de vigilância e contenção, ao qual é atribuído o êxito da campanha (Foege, 2011; Stepan, 2019). Em seu livro *House on Fire*, Foege, apesar das críticas a respeito de sua visão dos fatos que podemos fazer, apresenta uma narrativa cativante – com diversas anedotas – de sua atividade na campanha de erradicação da varíola.

97 Processo de desidratação, que tornava a vacina estável para aguentar ambientes de temperatura elevada.

produtores doaram sua produção para áreas necessitadas. Por fim, a simplificação do processo de vacinação, que também se tornou menos dolorido e contribuiria para o sucesso.

Estes pontos contribuíram, de fato, para a erradicação, pois, sem a vacina e o aprimoramento das técnicas de ação não teria sido possível atingi-la. Ademais, como argumenta Reinhardt[98], a varíola precisou passar a ser conceitualmente apropriada para a erradicação, ou seja, tinha de estar encaixada no discurso da época de algum modo, este que exortava o domínio do homem sobre a natureza por meio da ciência e da tecnologia. Enquanto os argumentos não puderam estar assentados em questões técnicas, a campanha não ganhou o impulso necessário, pois lidar diretamente com a população e com os serviços nacionais de saúde não era uma ação para a qual haveria apoio e um contexto político-ideológico propício.

3.4 Brasil: um dos casos complicados da campanha de erradicação da varíola

A ideia de erradicação era muito presente principalmente na região das Américas, que fora palco de diversas campanhas anteriormente à onda da erradicação que veio com força no pós-Segunda Guerra. A cooperação internacional em saúde foi gestada grandemente na América Latina a partir da atuação da Fundação Rockefeller, que desenvolveu campanhas de combate à ancilostomíase[99], seguidas por campanhas de erradicação da febre amarela e do anófeles no início do século XX[100]. Isto é, havia um histórico de realização de campanhas na região, que contava, inclusive com a organização internacional de saúde mais antiga, a OPAS.

Fred Soper, diretor da OPAS em 1947, interessou-se pela promoção de uma campanha de erradicação da varíola nas Américas após a irrupção de uma epidemia em Nova York naquele ano. Soper estava atento ao avanço da produção da vacina, que por ser estável ao calor era mais propícia para uso nos países tropicais, e propôs, em 1949, ao Comitê Executivo da Organização o lançamento da campanha nas Américas, que foi aprovado em 1950 na XIII Conferência Sanitária Panamericana[101].

O Brasil se comprometeu com a campanha em 1958, na XV Conferências Sanitária Pan-Americana, e em 1961 o Instituto Oswaldo Cruz começou a produção nacional da vacina liofilizada[102], o que deu impulso para as ações de vacinação. Em 1962, Brasil e Equador eram

---

98 Reinhardt, 2015.
99 Palmer, 2015.
100 Cueto, 2007; Lopes, 2020; Magalhães, 2016.
101 Bhattacharya; Campani, 2020.
102 A Varíola no Brasil. Box 153 ID 0395 AMRO - Brazil reports and summaries 1967-1973, p.1 (p.691 adobe). SEP WHO Archives.

os principais focos remanescentes da doença na região[103]. No Brasil, assim como nos diversos países, a campanha seguiu o ritmo dado pelo governo, ou seja, avançava ou recuava de acordo com os recursos – humanos, financeiros, materiais – disponíveis[104]. Neste período o país vivia sob uma ditadura militar instaurada em 1964 e a conversa com o governo não era simples. Candau não raro, em encontros com representantes do governo brasileiro, era questionado ou ouvia comentários a respeito de funcionários da OMS ou de brasileiros que teriam um posicionamento político mais à esquerda e, por isso, enfrentavam suspeição dos militares. Em uma de suas viagens ao país em 23 de dezembro de 1964, em conversa com o Ministro da Saúde, Raimundo de Britto, este reclamou mostrando enfaticamente seu descontentamento com o fato de Candau ter convidado Bichat Rodrigues para trabalhar como consultor na OMS e informou que o caso fora levado ao Presidente por conta de algumas atividades que apareciam na ficha de Rodrigues junto ao Ministério da Saúde. Candau justificou o convite argumentando que não tinha ouvido sobre nenhuma atividade política de Bichat e que este possuía as qualidades técnicas necessárias. Candau ilustrou sua argumentação com a fábula de La Fontaine, da cabra e do lobo, em que o cabritinho desconfiado tomou uma medida de segurança extra, além da indicada pela mãe, para se proteger do lobo. Não sabemos o tom em que a história foi contada, mas podemos imaginar que houve um certo tom de ironia nesta citação. Por fim, o Presidente do Brasil, o general Castelo Branco, concordara com a aprovação da saída de Bichat Rodrigues do Brasil para trabalhar como Diretor Regional do Escritório da OMS para as Américas (AMRO, em inglês)[105].

Em 1966 o país lançou efetivamente a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV)[106], ligada ao Ministério da Saúde, com o propósito de intensificar e coordenar em todo território nacional as atividades de erradicação e, com intermediação da OMS, o Laboratório Connaught, de Toronto, no Canadá, serviu de referência para a comprovação da potência e pureza das vacinas produzidas no Brasil, que eram remetidas periodicamente para análise[107], além disso, o

---

[103] OR WHO 123 The Work of WHO 1962, 1963, p. 70.

[104] Bhattacharya, 2008.

[105] Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 22 December 1964 to 2 January 1965, p. 1. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[106] Gilberto Hochman, em diferentes artigos, apresenta como a varíola foi abordada na saúde pública brasileira, traz uma discussão sobre como o governo militar lidou com a campanha de erradicação da doença e sobre a cooperação internacional envolvendo o governo brasileiro, o laboratório Connaught, a OMS e seu escritório regional para as Américas, tecendo a sua análise na perspectiva da intricada relação entre a dinâmica do cenário internacional e o nacional. Ver Hochman, 2009, 2011, 2021; Hochman, Palmer, 2010.

[107] A Varíola no Brasil. ID 0395 AMRO - Brazil reports and summaries 1967-1973, p.16-17 (p.697-696); Pan American Health Organization. Inter-Office Memorandum. To: Dr. M. G. Candau, Director-general, WHO, Geneva. From: Ruperto Huerta, CD. Smallpox Eradication Program. AMRO-0300/A. 13 February 1967. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.278-279). SEP WHO Archives.

país passou a receber assistência técnica e financeira da organização internacional em Genebra e da OPAS, com a assinatura de um acordo entre elas[108].

O processo da campanha no Brasil foi complexo, pois a vacinação sistemática foi bem conduzida e avaliada, porém o programa de vigilância foi menos satisfatório[109]. Henderson, chefe da campanha de erradicação da OMS, escreveu ao Diretor-geral Assistente, L. Bernard, em 1966, que esses problemas refletiam, em parte, as dificuldades administrativas dentro do governo, mas que, infelizmente, refletia majoritariamente o fracasso da OMS em recrutar e designar pessoal consultivo razoavelmente competente[110]. O Brasil enfrentava grande dificuldade para planejar a campanha e, segundo Candau, o ministro da saúde, Raymundo de Britto, sabia pouco sobre planejamento em saúde[111].

Em 1967, o único país da região das Américas endêmico para a varíola era o Brasil, onde também o desenvolvimento da campanha se deu a passos lentos e Candau, a cada visita ao Brasil, ficava mais preocupado com o andamento das ações, porque não havia plano de operação e, em alguns locais, o trabalho fora feito por conta de pressão política, não em decorrência da necessidade do Programa. O dinheiro que fora disponibilizado para o Programa pela OMS ainda não havia sido tocado pelo governo e os militares haviam gastado do orçamento brasileiro cinquenta mil dólares para comprar os *jet injectors*. Para Candau, o chefe da campanha no Brasil deveria ter sido trocado, para que pudessem melhorar o andamento da mesma[112].

Com a entrada definitiva do Brasil na Campanha de Erradicação da OMS em 1969, as ações foram aceleradas, tendo o número de vacinações crescido vertiginosamente, o que surpreendeu Henderson, que escreveu a Bichat, em 21 de janeiro de 1969, que esperava que a rapidez em iniciar as ações sem assistência do exterior fosse por conta do alto entusiasmo[113] - sendo bastante irônico – e informou, em outra comunicação, que tinha um interesse particular em ver o programa suceder no Brasil porque havia apostado um *champagne* com Candau que

---

[108] OR WHA 194, p.401, 1971.

[109] Briefing for Regional Committee – AMRO Smallpox Eradication. From Chief, SE to Dr. L Bernard, ADG. 12 August 1971. ID 0386 AMRO general correspondence 1966, p.1 (p.164 - adobe). SEP WHO Archives.

[110] Ibid, p.1.

[111] Diary of Dr. Candau's visit to Colombia, Brazil and Panama – 22 July – 19 August 1965, p.5. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[112] Diary of Dr. Candau's visit to Brazil to attend The Fourth National Conference onf Health – 23 august – 1 september 1967, p.4. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[113] Carta do Chefe do Programa de Erradicação da Varíola, Donald Henderson ao Diretor Regional, AMRO, Bichat Rodrigues. Brazil 300 S2/133/1, 21 January 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969 (p.754, adobe). SEP WHO Archives.

não haveria mais casos no país depois de 1969[114]. O Brasil se beneficiou da transferência dos recursos de outras regiões para o país[114] ao entrar na campanha da OMS, mas demorou para organizar e estabelecer um sistema de vigilância[115].

A grande mobilização social provocada pelas grandes campanhas de vacinação enfrentava certa resistência do governo militar. Claudio Amaral, médico brasileiro recém-formado que entrou para a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) logo em seu início, em 1966, e foi figura importante para a erradicação no país – além de ter contribuído para a campanha na Etiópia e na Índia – comentou que a aglomeração de milhares de pessoas em praça pública para vacinação incomodava o Exército, que pedia explicações ao médico a respeito de por que ele queria aquela quantidade de pessoas juntas na rua[116].

Neste período da campanha, o governo militar estava realizando uma série de reformas, dentre elas a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que levou à expansão da assistência médica previdenciária e prestação privada. Por outro lado, a criação dos IAPs não abrangia a população vivendo na zona rural, que dependia da saúde pública, de caráter preventivo, e, com o aprofundamento deste modelo de provisão de serviços, o Ministério da Saúde viu seu orçamento ser esvaziado, facilitando o caminho para a disseminação das doenças[117]. O delegado do Brasil na 22ª AMS, em 1969 em Boston, Manoel José Ferreira[118], fez uma dura crítica ao governo afirmando que uma das razões para a persistência da doença era a falta de continuidade do financiamento das medidas de saúde[119].

Bichat não era o funcionário preferido de Donald Henderson, que escreveu a Leo Morris[120], em 1972, que achava difícil trabalhar com o brasileiro – que estava ansioso por declarar que o Brasil estava livre da varíola em 1972. O estadunidense, chefe da campanha, acreditava que ainda poderia haver focos residuais da doença e preferia fazer mais buscas antes de dar por certa a erradicação no território brasileiro. Henderson afirmou ainda na carta que era

---

[114] Carta do Chefe do Programa de Erradicação da Varíola, Donald Henderson ao Diretor Regional, AMRO, Bichat Rodrigues. 21 February 1969. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.243, adobe). SEP WHO Archives.

[115] Carta de Henderson a Leo Morris, da Repartição Sanitária Panamericana Zona V, Rio de Janeiro. 06 March 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969 (p.257, adobe). SEP WHO Archives.

[116] Fernandes; Hochman; Chagas, [s.d, online]

[117] Oliveira; Teixeira, 1985; 3ª Conferência, 1992, p.188; Paiva; Teixeira, 2014.

[118] Médico sanitarista. À época, Superintendente, ligado à Unidade de Planejamento do Ministério da Saúde. Para mais informações, ver: http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/manoel-jose-ferreira-2.

[119] OR WHA 176, dez.1969, p. 324.

[120] Leo Morris era estatístico e administrador. Assessorou no desenvolvimento e organização da campanha de erradicação da varíola no programa do CDC de Erradicação da Varíola na África em 1966 e depois foi designado para o Programa de Erradicação da Varíola do Ministério da Saúde do Brasil de 1967 a 1970 como consultor da OMS. https://www.legacy.com/us/obituaries/atlanta/name/leo-morris-obituary?id=25625822

desencorajador trabalhar com Bichat, que nunca tinha entendido a vigilância e não havia aprendido nada em cinco anos.[121]

Henderson mostrava receio em declarar que o país estava livre da doença e o sentimento era partilhado pelos dirigentes da CEV, como Cláudio do Amaral Jr. A declaração de erradicação pela Comissão de Avaliação do Programa de Erradicação da Varíola foi problemática, pois, mesmo tendo certificado o país, a recomendação era manter a vacinação obrigatória por um período maior e o sistema de vigilância epidemiológica alerta, o que indicava a ausência de confiança na erradicação. Os próprios dirigentes da campanha, como Henderson, escreveram posteriormente que o trabalho da Comissão não teve o rigor e a isenção necessária, sendo uma das críticas o fato de Alfredo Bica, chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis da OPAS e ex-funcionário do Ministério da Saúde do Brasil, ter composto a equipe da Comissão[122].

Importante ressaltar que, apesar de o Brasil ter sido uma grande pedra no sapato da OMS, com o último caso notificado em seu território em 1971, a região das Américas foi a primeira a receber a certificação de erradicação da varíola em 1973[123]. A certificação para as demais regiões veio posteriormente, tendo o último caso de varíola sido reportado na Somália em 1977.

3.5 O que depreender da análise da campanha de erradicação da varíola?

De modo a complementar parte da historiografia, que trata da campanha a partir dos motivos de por que a erradicação da varíola era viável, das estratégias da OMS, das negociações políticas, principalmente entre os dois blocos ideológicos[124] ou que busca trazer a participação de atores locais e discutir a campanha global em relação com as condições locais de implementação[125], buscou-se neste capítulo analisar a condução da agenda a partir da sede da OMS, com o objetivo de apresentar como se deu a atuação do Diretor-geral frente ao assunto e discutir o quanto o papel da sede foi importante para o avanço da campanha, considerando que ela só chegou ao objetivo de erradicação quando Candau já não era mais Diretor-geral.

---

121 Carta pessoal de Henderson para Leo Morris. 25 de fevereiro de 1972. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.142 adobe). SEP WHO Archives.
122 Hochman, 2021.
123 Hemisphere Now Free Of Smallpox. The Washington Post, Wednesday, August 29, 1973, B15. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.37-adobe). SEP WHO Archives.
124 Cueto; Brown; Fee, 2019; Foege, 2011; Manela, 2010; Stepan, 2019.
125 Bhattacharya, 2006, 2008, 2020; Bhattacharya; Campani, 2021; Bhattacharya; Dasgupta, 2009, 2011.

Combater e tratar da varíola fugia aos padrões de campanha vertical levados a cabo pela Fundação Rockefeller e pela OMS como na erradicação da malária, cujos orquestradores e executores daquelas campanhas buscaram manter os princípios de hierarquização e rigidez nas ações da OMS. A campanha contra a varíola, ao contrário, exigia investimento nos serviços de saúde e nos profissionais – que fariam a vacinação, o cuidado e a vigilância –, as medidas a serem tomadas eram mais custosas, demoradas, porém de resultados de médio e longo prazo. O combate à varíola exigia um trabalho direto junto às pessoas, assim, era preciso lidar com diversas questões culturais, arranjos societais, exigindo uma boa capacidade de negociação, compreensão e persuasão. No caso da campanha da malária, tinha-se a ideia de que lidar com mosquitos a partir do uso de tecnologia resultava em um trabalho de menor esforço, pelo menos do ponto de vista das exigências "sociais". Como ressalta Reinhardt[126], o fator "não-humano", ou seja, a existência de tecnologias para o controle pesou fortemente para a escolha da malária como alvo de erradicação.

Outro autor, William Foege, argumentou que a OMS embarcou na campanha de erradicação da varíola somente na segunda metade dos anos 1960 quando foi desenvolvida uma vacina que pudesse ser produzida nos países nos quais a doença era endêmica e houve o desenvolvimento das agulhas bifurcadas e do instrumento de inoculação, que foram usados largamente na Índia e em Bangladesh. Foege também aponta que a mudança na metodologia a partir de experiência de erradicação a Nigéria, na qual a vacinação em massa deixou de ser a estratégia primária e a proposta de intensificação da vigilância e da contenção para interromper a transmissão do vírus da varíola tornou-se a diretriz da campanha, deu força para que esta pudesse ser alçada a um nível global[127].

Ainda que o livro de Foege sobre sua experiência seja ótimo, é preciso uma leitura crítica, pois, assim como outros participantes na campanha – sejam os diretores do Programa Donald Henderson e Isao Arita, ou Frank Fenner, que foi da comissão de certificação da erradicação[128] –, Foege apresenta a campanha como se ela tivesse sido iniciada quando da entrada dos Estados Unidos, apagando todo o esforço feito pelos países anteriormente à declaração oficial de início do Programa, e destaca principalmente os papeis desempenhados pelos funcionários de direção do CDC e OMS[129]. Os pontos levantados por Foege correspondem em partes ao que ocorreu: de fato a evolução da produção e qualidade da vacina

[126] Reinhardt, 2015.
[127] Foege, 2011, p.11.
[128] Fenner et all, 1988.
[129] Bhattachary; Campani, 2020.

contribuíram para que a campanha fosse adotada, porém os fatores políticos referentes ao declínio da campanha de erradicação malária, a boa situação de saúde dos países soviéticos e a doação de vacina por parte da URSS, e, sobretudo, o apoio dos EUA ao Programa de Erradicação da Varíola foram cruciais para a maior aceitação de Candau. Não menciono o apoio de Candau à campanha, pois este nunca ocorreu em declaração oficial ou em conversas com representantes e dirigentes de outros países e organizações.

Sem dúvida a campanha de erradicação da varíola trouxe consigo alguns avanços na saúde em termos de tecnologia médica e nos arranjos governamentais para execução da mesma. Havia uma grande crença na ciência e tecnologia e Candau certamente era um entusiasta da tecnologia, mas, no caso da varíola, ele era receoso quanto à ambição de erradicá-la[130], porém o Diretor-geral confiou na equipe designada para conduzi-la e coordená-la na sede e nos países.

Vale mencionar também que o fracasso em erradicar a malária apontava para uma certa desilusão com a tecnologia e com a condução rígida da campanha e refletia em certo questionamento do otimismo sanitário dos anos 1940 e 1950 que foi manifestado na desconfiança que muitos países demonstravam para com a vacina da varíola. Por outro lado, saindo da sombra, havia luz: avançava-se na ideia de que os países precisavam ter serviços básicos de saúde, caso houvesse alguma pretensão de reduzir o acometimento de pessoas por doenças diversas e promover o desenvolvimento.

Uma hipótese que justificaria também a não adesão instantânea à ideia de erradicação da varíola é a possibilidade de que as próprias características da doença não tenham feito desta uma questão de urgência para os países, porque, quando o caso era grave, a varíola evoluía rapidamente e levava ao óbito, porém no caso de sintomas mais leves, o indivíduo se recuperava em um tempo mais curto e estava apto a voltar ao trabalho com certa agilidade, enquanto que, a malária provocava um quadro bem mais complexo, de debilidade crônica em alguns casos, comprometendo a saúde da pessoa no longo prazo. Ademais, não havia medicamentos ou outros tipos de produtos químicos que tornavam o combate à varíola interessante para as empresas. Ou seja, não se pode desconsiderar a pressão posta pelos fatores econômicos para a definição da agenda e sua influência na atuação do Diretor-geral.

Packard levanta a questão de que havia territórios muito remotos e que muitos países ainda não eram membros da OMS e que isto poderia ter contribuído para a hesitação em iniciar o Programa de Erradicação da Varíola[131]. No entanto, este não foi um motivo para não iniciar o Programa de Erradicação da Malária, ao contrário, a OMS e principalmente os EUA estavam

[130] Cueto e al, 2019.
[131] Packard, 2016, p. 144.

ansiosos pela experimentação de seus produtos químicos, fossem inseticidas ou medicamentos, nos mais diversos ambientes e em populações com diferentes graus de acometimento.

No início dos anos 1960, quando o Programa ainda não havia sido lançado, Candau não deu declarações a respeito de procedimento unificado da OMS na campanha de erradicação, ou seja, não houve a decisão por procedimentos únicos – apesar de a OMS defender a vacinação da população – como fora feito com a campanha de erradicação da malária, na qual os países eram instados a realizar a pulverização, escolhida como principal método de ação, e, em um certo momento, realizar a distribuição de medicamentos conforme certos protocolos.

O Diretor-geral foi bastante pressionado pelos países nas Assembleias Mundiais de Saúde, como se pôde perceber pelas falas dos delegados. Esse pedido dos países poderia ter sido o suficiente para Candau apoiar o Programa de Erradicação da Varíola, dado que teria respaldo caso a proposta viesse a falhar, porém considerando as grandes lacunas nos serviços de saúde dos países, o receio do Diretor-geral em acumular mais um grande programa malfadado em sua gestão falou mais alto. Candau chegara a enviar um memorando aos Escritórios Regionais em que reforçava que a prioridade deveria ser dada ao estabelecimento de serviços básicos permanentes de saúde como pré-requisito para o sucesso da campanha de erradicação[132]

Os EUA contribuíram consideravelmente para a campanha por meio da *United States Agency for International Development* (USAID) somente na segunda metade dos anos 60, porém a campanha evoluiu gradativamente mesmo sem um orçamento destinado para tal e dedicação da sede da OMS na coordenação dos trabalhos, como argumenta também Sanjoy Bhattacharya e Campani[133]. Ainda em concordância com os autores, o que ficou claro pela análise das minutas das Assembleias Mundiais da Saúde é que os países tocaram a campanha de erradicação da varíola mesmo quando a sede parecia não se ocupar muito dela, assim, ao final da década de 1960 e nos primeiros anos de 1970, a grande maioria dos países tinha reduzido enormemente os casos de varíola, restando alguns poucos com altas taxas de incidência nos anos 1971, por exemplo, a Índia, Bangladesh e Paquistão. Os países pressionavam a OMS exigindo principalmente ajuda no desenvolvimento dos serviços de saúde que eram auxiliares e essenciais para o avanço da campanha e consolidação dos resultados, como os de vigilância e comunicação.

Assim como na campanha de erradicação da malária, os hábitos de vida das pessoas, a pouca ou inexistente infraestrutura de diversos países, dificultaram o avanço da vacinação e a

[132] Packard, 2016, pp.147-148.
[133] Bhattacharya e Campani, 2020.

realização de ações de vigilância, ou seja, ficou evidente, mais uma vez, que, em se tratando de doenças, não era possível pensar em estratégias de combate sem levar em conta o fator socioeconômico e cultural. Ademais, assim como no âmbito nacional, no qual a diretriz que vem de cima sofre modificações para encontrar implementação na ponta, no âmbito internacional, as diretrizes que vinham de Genebra eram reinterpretadas à luz do local, o que ocorreu principalmente na campanha de erradicação da varíola[134], cuja diretriz era ser desenvolvida em consonância com os serviços de saúde nacionais. Bhattacharya[135] mostra como o diálogo entre a sede em Genebra, o Escritório Regional, o governo central da Índia e os governos dos departamentos era bastante truncado e não resultava em alinhamento, ao contrário, em sua pesquisa o autor aponta que os responsáveis mais altos na hierarquia – no governo e na OMS – entenderam com o tempo que a proatividade dos funcionários locais em adaptar a campanha para suas realidades era mais frutífero que um modelo padronizado de campanha.

Packard destaca igualmente que a diferença com relação à campanha da malária foi que os responsáveis pelo Programa de Erradicação da Varíola conseguiam mudar suas estratégias de implementação e administração de modo a se adequar à realidade dos locais, além de terem logrado superar as restrições financeiras e as dificuldades administrativas e técnicas. O fator adaptabilidade foi muito importante. O autor também argumenta que essa flexibilidade pode ter se dado por dois motivos: primeiro porque Henderson identificou que a rigidez no método tinha sido um problema da campanha da malária e segundo porque havia uma falta de recursos para implementar uma cartilha mais rígida[136]. Ainda assim, mesmo que a verticalidade da campanha tenha sido mantida mas não tão rigidamente se comparada à campanha de erradicação da malária, a postura de imposição e o olhar de superioridade não foram por completo superados. Em muitos países o processo de vacinação foi conduzido a partir de coerção e desrespeito à cultura local[137].

Embora a participação da sede da OMS não tenha sido efetiva no início ou que Candau não tenha se engajado pessoalmente de maneira forte na propagação da campanha, esta deixou legados que permaneceram e, para além da erradicação, foram positivos como experiência de métodos exitosos. Um desses ganhos foi o já mencionado aprendizado de que era melhor permitir que as campanhas fossem mais flexíveis quanto ao desenvolvimento das ações nos

134 Bhattacharya, 2008.
135 Bhattacharya, 2006.
136 Packard, 2016.
137 Bhattacharya, 2006.

diferentes países, além de ter ficado evidente a importância da participação dos profissionais e da população local. Outro legado foi o desenvolvimento de melhores métodos de gestão em saúde, sobretudo na área da vigilância[138], e de serviços nacionais de saúde e o amadurecimento das campanhas de vacinação em massa[139].

Neste sentido, ao analisar a condução de Candau no que tange à varíola, é preciso relativizar o papel da sede da OMS na campanha, pois inicialmente as ações de erradicação foram realizadas pelos países sem muitas diretivas vindas de Genebra. Com a entrada dos Estados Unidos, que assumiram majoritariamente os rumos do Programa inicialmente proposto pelos russos, a OMS fortaleceu sua ação, mas ainda assim Candau não se mostrou entusiasta do tema. É visível, como apresentado ao longo do capítulo, que Candau absteve-se de se posicionar diretamente a respeito da campanha, tendo delegado por completo a Henderson a condução da mesma. Os memorandos, cartas e outros documentos dão pista disso, pois Candau não aparecia como destinatário das mensagens, sendo praticamente toda informação direcionada a Henderson, enquanto na campanha de malária muitos documentos eram, ao menos, dirigidos ao Diretor-geral e Candau assinava muitas respostas.

Por outro lado, o destaque dado por Candau em seus discursos a respeito da necessidade de manter o desenvolvimento da campanha vinculado à estruturação e organização dos serviços públicos de saúde dos países e o foco dado às ações de vigilância, impulsionou tal discussão, que veio a compor a discussão da Atenção Primária. A mudança da metodologia, passando para vigilância e contenção, alterou a visão a respeito do que se considerava como uma campanha bem-sucedida, assim, deixou-se de medir o sucesso pelo número de pessoas vacinadas, mas sim pelo quanto se conseguia reduzir o contágio. O número de vacinados vinha depois. Ou seja, mais importante que a tecnologia – a vacina em si – era ter um bom sistema de detecção e notificação dos casos[140]. Este foi um dos grandes ganhos da campanha de erradicação da varíola, não somente a eliminação da doença, mas o fato de que a campanha contribuiu para a estruturação de ações sistemáticas de vigilância epidemiológica nos países, em menor ou maior grau. Candau dedicou sua atenção mais a outros assuntos, como a formação educacional e

---

138 Hochman apresenta um histórico do lugar que a varíola ocupou na agenda do governo brasileiro, apontando seu desaparecimento das prioridades de saúde por aproximados 50 anos e retorno à pauta com o governo de Juscelino Kubitschek, quando o Brasil recebeu um aporte de recursos da OPAS, e ganhou mais atenção no governo militar, o qual recebeu recursos também do Center for Disease Control dos Estados Unidos e do governo canadense. Neste texto, Hochman comenta a importância da campanha de erradicação da variola para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica no Brasil (Hochman, G. Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda, Medical History, n.53, 2009, p. 229–252.)

139 Henderson, 2011.

140 Cohen, 2019

treinamento profissional – ligados à intenção de desenvolvimento dos sistemas de saúde – e à pesquisa médica, como veremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 4

4. OUTROS TEMAS DE IMPORTÂNCIA NA OMS

As campanhas de erradicação acabam por deixar uma marca mais facilmente lembrada pela população quando questionada a respeito de ações importantes em saúde pública. A situação não é diferente ao se falar da OMS, pois o que vêm à mente são as grandes campanhas, que envolvem um número considerável de países e mobiliza diferentes recursos e em grande quantidade. Certamente que o papel da OMS na campanha contra a pandemia de covid-19 não será esquecido.

Com relação ao período em que Candau esteve como Diretor-geral, a situação é a mesma. Para aqueles que sabem que um médico brasileiro dirigiu a Organização por vinte anos, a campanha de erradicação da malária e da varíola são as primeiras ações que veem à mente. Candau foi eleito como Diretor-geral em 1953, quando a organização tinha apenas cinco anos de fundação e o momento era de ebulição política com a Guerra Fria, além das grandes inovações decorrentes das duas Guerras Mundiais, que impulsionaram a área da saúde. Neste contexto, o médico brasileiro, para além das campanhas, agiu de modo a dar impulso à OMS em diferentes assuntos de interesse internacional, contribuindo para a solidificação de algumas pautas essenciais para a saúde, temáticas que serão abordadas neste capítulo.

Assim, o capítulo tem por objetivo apresentar ao leitor outras temáticas que estiveram na agenda da OMS quando Candau era o Diretor-geral, e que contribuíram para situar a OMS como ator importante no cenário internacional, mas que foram pouco explorados pela literatura. É importante notar que muitos destes temas tiveram seu espaço consolidado na agenda a partir deste período de condução de Candau e evoluíram conforme a mudança do contexto histórico, adaptando-se às novas necessidades.

O presente texto não esgota a discussão da condução de Candau a respeito de tópicos específicos, ao contrário, busca abrir possibilidades de perguntas e reflexões sobre este período importante e rico da OMS, sendo a questão ambiental, por exemplo, uma das temáticas que emergiu com mais força nos anos 1970 e que não será explorada nesta tese.

4.1 A formação profissional e educação em saúde: a base para a construção dos serviços nacionais de saúde.

A formação profissional foi uma temática ressaltada frequentemente pelo Diretor-geral, que muitas vezes a concatenava com a discussão sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde. A preocupação, no âmbito internacional, com a falta de profissionais ou com a baixa qualificação dos mesmos era anterior à chegada de Candau à OMS[1] e mobilizava fundações privadas e organismos internacionais. Na OPAS (ainda Oficina Sanitária Pan-Americana), este assunto ganhou força na agenda nos anos 1940, e com Fred Soper como Diretor a partir de 1947 os investimentos para formação de enfermeiras multiplicaram-se[2,3]. Candau ocupou, entre 1952 e 1953, o cargo de Diretor-geral Assistente da OPAS – o "número 2" –, ou seja, pôde observar de perto como se dava esse investimento, e ele mesmo fora um beneficiado pelas ações internacionais estadunidenses para formação de profissionais de saúde na América Latina ao ser contemplado com um *fellowship* da Fundação Rockefeller para estudar na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* de agosto de 1940 a agosto de 1941[4].

Como mencionado, a educação profissional e técnica fora considerada prioridade desde o início da OMS, vide resolução do Comitê Executivo de 1950 que autorizava o Diretor-geral a implementar um programa expandido de assistência técnica dando prioridade à educação profissional e técnica, incluindo *fellowships*[5]. Brock Chisholm, primeiro Diretor-geral da OMS, apontou, na 6ªAMS, de 1953, que os Serviços Consultivos haviam sido majoritariamente dedicados a auxiliar os governos na área de treinamento de pessoal, concentrando sobretudo em profissionais auxiliares, como enfermeiras e parteiras[6]. Martha May Eliot, Diretora-Geral Assistente entre 1949 e 1951, escreveu que os Serviços Consultivos (*Advisory Services*) eram necessários no quadro da OMS em virtude da diferença de estágio de desenvolvimento, entre os países, dos serviços de saúde, médicos e outros, e que os Serviços Consultivos eram, portanto, a instância para a qual os países deveriam olhar quando precisavam de auxílio para o desenvolvimento dos aspectos de saúde de atividades especiais[7]. Os Serviços consistiam, principalmente em: (1) assistência para Educação profissional e técnica, incluindo (a) assistência a instituições educacionais; (b) *fellowships*, (c) intercâmbio de informações científicas e, (d) distribuição de literatura médica e materiais de ensino; (2) serviços de consulta e assessoria, incluindo informações gerais sobre organização de serviços de saúde e assessoria

1 Pires-Alves, Paiva, Hochman, 2008.
2 Idem.
3 Campos, 2008, p.883.
4 Cartão de registro de Marcolino Candau RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau
5 Resolução EB6.R1 Programme of Technical Assistance for Economic Development of Under-Developed Countries, adotada na segunda reunião em 3 de junho de 1950.
6 OR WHA 48, 1953, p.69.
7 Eliot, 1950, p.1027.

especializada em assuntos médicos e afins, conforme solicitado; e (3) projetos de demonstração e suprimentos para tal[8]. Eliot também registrou que a falta de pessoal adequadamente capacitado era um dos obstáculos mais sérios à promoção da saúde em qualquer país. Candau, que teria sido trazido à Organização por Eliot[9], parece ter partilhado com ela essa visão a respeito da importância da formação profissional e técnica.

O debate sobre a formação dos profissionais de saúde estava em alta nos anos 1950 e a ênfase na necessidade de os países investirem na educação e treinamento vinha acompanhada da preocupação da OMS em direcionar a perspectiva dessa formação, que, para Chisholm, Andrija Stampar, René Sand e Karl Evang, deveria seguir a concepção da medicina preventiva[10]. Para tal, em 1950, foi criado o Comitê de Especialistas em Educação Profissional e Técnica Médica e de Pessoal Auxiliar, que foi presidido por René Sand e composto por Stampar, Geraldo Paula Souza, e John Black Grant – da Divisão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller – como observador. Farley[11] comenta que Grant parece ter tido importante papel no Comitê a considerar pelo conteúdo do primeiro relatório, que apresentou um enfoque na educação médica moderna, centrada na clínica e no indivíduo doente, ignorando as questões sociais – segurança econômica e social, saúde pública, habitação, entre outras – que influenciavam na saúde das comunidades. Outra questão relacionada à educação e formação no período da direção de Chisholm foi a concessão de boa parte das *fellowshisp* para indivíduos dos Estados Unidos e países europeus[12].

Candau se mostrou comprometido com a agenda e seguiu ressaltando a importância do treinamento e formação de pessoal na introdução de todos os seus Relatórios Anuais[13], uma vez que grande parte dos países enfrentavam escassez de mão-de-obra. O Diretor-geral também destacava sempre, ligada à questão dos recursos humanos, a relevância do fortalecimento dos serviços nacionais de saúde ou da administração nacional de saúde. A visão de Candau a respeito da educação e treinamento certamente foi construída ao longo de sua formação e trajetória profissional, que incluem os anos trabalhando no serviço de saúde pública brasileiro – em contato com a realidade de um país pobre –, somada a sua experiência nos Estados Unidos, quando pôde conhecer outra realidade: mais rica, porém que não tinha a perspectiva de uma

---

8 Idem.

9 Segundo Pires (1954, p.14), Candau recebeu uma ligação de Eliot informando que estava no Rio de Janeiro para convidá-lo a se tornar o Diretor da Divisão da Organização dos Serviços de Saúde Pública da OMS em Genebra.

10 Farley, 2008, p.111.

11 Idem, p.119.

12 Ibid.

13 As referências de todos os relatórios – de 1953 a 1973 – estão disponibilizadas ao final da tese, nas referências.

política governamental de levar a saúde a todos os cantos do país. Foi essa bagagem que o levou a formular um pensamento sobre a regionalização da saúde rural brasileira, conceito que veio a ser mais bem dilapidado a partir dos anos 1960, como veremos à frente[14].

No Relatório Anual do Diretor-geral de 1953, referente a seu primeiro ano no cargo, Candau deu destaque aos esforços da OMS em todas as regiões para promover educação e treinamento para profissionais de saúde, sobretudo na área de educação médica e apontou que o interesse da OMS nesta área foi apresentado na realização de duas primeiras Conferências sobre o tema em 1953, a primeira realizada em Londres e a segunda, na Cidade do México[15].

A formação profissional era uma temática de disputa nessa época, tendo os países ocidentais buscado expandir sua influência na educação dos profissionais em saúde de modo a contribuir para a consolidação de práticas de saúde ligadas à medicina centrada na cura e que desse maior importância à evolução das tecnologias médicas. As organizações estadunidenses, como as associações médicas e a própria Fundação Rockefeller, debatiam e investiam no assunto, dada sua relevância.

Ainda no ano de 1954, Candau almoçou com algumas pessoas da Fundação Rockefeller, dentre elas o Presidente, Dean Rusk, que aproveitaram para questioná-lo sobre a maneira como a OMS operava na construção de programas e conversar sobre o que as organizações privadas deveriam fazer no campo da educação e cuidados médicos.

Robert P. Burden, diretor-assistente da área de Agricultura, anotou em seu diário que Candau teceu diversos comentários quando interpelado sobre qual o papel as instituições privadas deveriam ter na medicina e na saúde pública em áreas subdesenvolvidas, considerando que diversas outras agências já estavam operando neste sentido. O Diretor-geral respondeu que as atividades da OMS deveriam se concentrar na criação de instituição de educação, pesquisa e treinamento sob auspícios nacionais até que o país pudesse construir uma reputação internacional, principalmente no nível regional. Candau deu como exemplo o Instituto de Nutrição para a América Central e Panamá (INCAP), o Instituto de Cardiologia no México e as Escola de Saúde Pública de São Paulo e de Santiago, que variavam em termos de estrutura ou de organização, mas que estavam atraindo pessoas de um grupo de países para formação. Para ilustrar seu exemplo, o Diretor-geral citou a experiência de *fellowship* da OMS, que, naquele

[14] Mello; Demarzo; Viana, 2018.
[15] WHO OR 51, 1953.

momento, estava recebendo demandas de bolsas para pessoas receberem formação nas instituições desses países[16].

Candau, porém complementou que a avaliação deste programa de concessão de bolsas era muito difícil e citou o Programa de Enfermagem financiado pela Fundação Rockefeller no Brasil como exemplo, apontando que a única instituição financiada no país por vinte anos produziu apenas mil enfermeiras bem qualificadas e que houve muita oposição do governo brasileiro ao gasto dos recursos com o que era tido como muito limitado para as necessidades do país. No entanto, a iniciativa foi conjugada com o Programa de Coordenadores da América Latina, que garantiu o retorno, pois havia pessoal para organizar trinta e quatro escolas adicionais, o que resultou na melhora da situação dos profissionais de enfermagem no Brasil, colocando-o em uma situação muito diferente da maioria dos outros países emergentes[17].

É possível perceber uma mudança na agenda em 1955, quando, na introdução do seu relatório anual, o Diretor-geral passou a destacar outras temáticas, especialmente a campanha de erradicação da malária, e desdobrou mais o assunto sobre doenças transmissíveis – como poliomielite, tracoma, treponematoses. Ou seja, nos dois primeiros anos, Candau pôde ter um panorama das ações da OMS e apontar diferentes temáticas que interessava serem desenvolvidas. Quando a pressão pela erradicação da malária aumentou, algumas pautas correram no segundo plano. No entanto, o treinamento e formação seguiam sendo apresentados como ações de peso no relatório, no qual constava que

> Nos programas assistidos pela OMS, a ênfase ainda era colocada na necessidade de adaptação das técnicas de treinamento às condições específicas existentes em diferentes países, sobre a importância de incluir aspectos da medicina social e preventiva nos currículos e, para a maioria das áreas, na melhoria da qualificação do pessoal auxiliar.[18]

Em sua atuação nesta área, a OMS concedia bolsas de estudo, organizava seminários e encontros científicos, mas também conferia assistência a instituições de ensino quanto aos quadros profissionais e avaliação do currículo.

O interesse de Candau pela educação médica também não deve ser visto como algo totalmente do âmbito pessoal, ou seja, pode ser situada em um contexto maior relacionado à ideia de reformulação da educação médica aventada no pós-segunda guerra mundial. As organizações internacionais e fundações estadunidenses buscaram impulsionar essas ideias com

---

16 RPB. New York, New York. October 14, 1954. general correspondence. RF RG 2 1954 (General Correspondence) Series 100 Box 8 Folder 57 excerpt. United Nations-World Health Organization, July-December; Van Dyke; George E.; Warren, Andrew J.

17 Idem, 1954.

18 WHO OR 67, 1955, p.IX

a realização de eventos, como o I Congresso Pan-Americano de Educação Médica (realizado em Lima, no Peru, em 1951), os Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva e a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina da União de Universidades da América Latina[19]. Porém, como observam Paim e Almeida Filho[20], a concepção que se tinha de medicina preventiva ou medicina comunitária em voga na Europa e nos Estados Unidos passava distante das análises e das formulações teóricas em construção na América Latina.

Nesta conjuntura, para Candau, treinamento e formação profissional eram uma temática transversal na agenda da OMS e o Diretor-geral ressaltava com frequência que a falta de profissionais era sempre um obstáculo para o avanço das ações da Organização e também para constituição dos serviços de saúde dos países. Candau escreveu, em texto de 1958 que, à primeira vista poderia parecer uma aglomeração de atividades de treinamento sem muita lógica, mas a OMS seguia princípios bem definidos em sua busca de um programa de treinamento e educação consistente e que o princípio básico comum que perpassava todas as atividades educacionais e de treinamento era:

> [a]judar administrações nacionais de saúde na criação de quadros de pessoal mais urgentemente necessitados para o desenvolvimento de sua infraestrutura nacional de treinamento. Fazendo isso, a abordagem preventiva é constantemente enfatizada no treinamento de qualquer um e todo tipo de trabalhador da saúde[21]

Ainda nesta publicação, Candau listou exemplos sobre a ênfase que se dava na formação em bases da medicina preventiva, informando que, em 1957, deram início a uma série de reuniões de especialistas sobre como introduzir aspectos do preventivo na educação básica das ciências médicas. Comentou, na sequência, que a maior parte dos fundos disponíveis para *fellowships* na graduação e na pós-graduação eram dedicados ao treinamento nas várias partes da saúde pública e da medicina preventiva[22].

Em texto escrito em 1958, no qual aborda as atividades dos dez anos de existência da OMS, o primeiro tópico é "Construindo Serviços de Saúde"[23], e nele Candau apontou que a vagarosa tarefa de construir serviços de saúde abrangentes estava avançando nos países membros com apoio da Organização e que este objetivo estava ligado ao desenvolvimento de

---

19 Paim; Almeida Filho, 1998.
20 Id., 1998.
21 Candau, 1958a, p.556. No original em inglês: "The common principle underlying all educational and training activities of the World Health Organization is to assist national health administrations in creating the cadres of health personnel most urgently needed by developing their national training facilities. In so doing, the preventive approach is consistently stressed in the training of any and every type of health worker."
22 Candau, 1958a, p.556.
23 No original "Building Health Services". Candau, 1958b, p.394.

programas de educação e treinamento de pessoal da saúde, momento em que 40% dos projetos em todas as regiões eram majoritariamente em educação e treinamento. O Diretor-geral ainda adicionou que, para além do auxílio para estabelecimento ou melhoramento das escolas médicas, de enfermagem ou outra instituição de treinamento, os consultores e especialistas da OMS trabalhavam na revisão de currículos e de sua efetividade em relação às necessidades de saúde locais. Candau ainda escreveu que

> Nos últimos anos, ficou claro que os métodos modernos de combate às doenças e promoção da saúde são úteis apenas se sua aplicação for satisfatoriamente ajustada a diferentes estágios de desenvolvimento social, cultural, educacional e desenvolvimento institucional. Somente assim as pessoas a quem se destinam as medidas podem aceitá-las e pô-las em prática como parte integrante das suas próprias formas de vida[24].

Em outro texto escrito em 1958, Candau apontou que a educação e treinamento profissional e técnico haviam se tornado uma das maiores preocupações da OMS e que os programas de treinamento eram, naquele momento, parte integral de praticamente todos os aspectos do trabalho da OMS[25,26].

Percebe-se que os documentos apontavam que a abordagem adotada em diversas ações de formação e treinamento era da medicina preventiva e saúde pública. Sob esta concepção de saúde, esperava-se que os profissionais estabelecessem certo vínculo com a comunidade e com os serviços públicos, para promoção e cuidado da saúde do indivíduo e da família. Uma vez disseminada essa nova visão, sobretudo a partir dos anos 1950, os currículos de formação dos profissionais de saúde passaram a ser revistos, especialmente dos médicos[27]. Segundo Pires-Alves et al,

> Essa nova proposta foi difundida para os países da América Latina por meio da criação de departamentos de medicina preventiva nas faculdades, movimento que se firmou nas associações nacionais e regionais de escolas médicas, contando com o apoio técnico e financeiro da OPAS e de fundações norteamericanas como a Kellogg, a Rockfeller e a Ford. No Brasil, a principal manifestação desse movimento ocorreu com a criação, em meados da década de 1950, dos departamentos de medicina preventiva, de início, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, interior de São Paulo[28].

---

[24] No original: "During the past years, it has been made clear that modern methods of combating disease and promoting health are useful only if their application is satisfactorily adjusted to widely differing stages of social, cultural, educational, and institutional development. Only in this way can the people for whom the measures are designed accept them and put them into practice as an integral part of their own ways of life". Candau, 1958b, p.394.

[25] As fundações estadunidenses, especialmente a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellog, investiram fortemente na educação em saúde na América Latina, como argumenta Cueto. Cueto, 2008.

[26] Candau, 1958a, p.555.

[27] Pires-Alves et al, 2010.

[28] Idem, p.168.

Para Almeida filho, este movimento não foi muito além da

> abertura de departamentos de medicina preventiva substituindo as tradicionais cátedras de higiene, e introduzindo nas escolas médicas conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta até então ministrados nas escolas de saúde pública, alienadas da educação médica e destinadas à formação de sanitaristas[29].

Além da necessidade de formar profissionais para que se pudesse avançar em outras ações de saúde, havia também uma preocupação com a manutenção dos ganhos de Programas implementados pela OMS após a saída da equipe de trabalho internacional nos países, por esse motivo o Programa de Erradicação da Malária, Programa de Erradicação da Varíola e outros programas de erradicação ou operações de outra natureza vinham acompanhados de ações de formação de profissionais. A questão da formação para a campanha de erradicação da malária é controversa, pois muitos eram treinados para funções bastante específicas relacionadas a esta campanha, como a realização de pulverização, que tinha certa importância no combate a outros vetores, mas não contribuía para o desenvolvimento dos serviços de saúde de maneira mais ampla.

A agenda da OMS ia variando as temáticas de preocupação ao longo dos anos, porém a questão da formação vinha sempre acompanhando as novas discussões. Assim, nos anos 1960, com o impulso na agenda da construção de um centro mundial de pesquisa em saúde, a temática foi destacada por Candau que, em 1959, na 12ª AMS, comentou que o avanço na pesquisa médica dependia do progresso no campo da educação e do treinamento profissional, que – novamente – deveriam ser adaptados às condições e necessidades locais:

> eu gostaria de enfatizar que a necessidade de adaptar a educação e o treinamento profissional às condições locais tornou-se o princípio essencial do nosso sistema para concessão de *fellowships*, que são, sem dúvida, um dos aspectos mais bem sucedidos e promissores do trabalho da OMS[30].

O acompanhamento dos investimentos em formação com os assuntos em voga pôde ser observado também na formação para tratar dos impactos da radiação na saúde, juntamente com o maior investimento na pesquisa médica e energia atômica e, posteriormente, com a questão do planejamento familiar, a partir de 1969 principalmente, quando a OMS passou a investir na formação de profissional para tratar de questões relacionadas à reprodução humana e genética.

---

29 Almeida Filho, 2010, p.2239.

30 OR WHA 95, 1959, p.80, tradução minha. No original: “I should like to emphasize that the need to adapt education and professional training to local conditions has become an essential principle of our system for the award of fellowships, which is undoubtedly one of the most successful and most promising aspects of WHO's work”.

Nos anos 1960, houve uma intensificação da concessão de bolsas e outras ações de formação em parceria com Fundações como a Rockefeller e Ford. Os Estados Unidos, particularmente, mostravam um grande interesse pela formação e treinamento de profissionais[31]. Troca de missivas entre Candau, o Departamento de Estado e a Fundação Rockefeller mostram que o Diretor-geral se envolvia diretamente nas discussões, diferentemente do que ocorria na campanha de erradicação da varíola – como apontado no capítulo 03 –, em que a condução foi totalmente delegada para Donald Henderson. Leona Baumgartner, administradora-assistente para Recursos Humanos e Desenvolvimento Social da Agência para Desenvolvimento Internacional (AID[32]), escreveu que a Fundação Rockefeller havia concordado com o plano de realizar um estudo conjunto com a OMS a respeito dos problemas de treinamento de pessoal auxiliar e que a proposta era constituir um time e visitar uma série de países para fazer os levantamentos. Baumgartner comentou que pensaram especificamente na África, por conta da situação aguda de saúde dos países e da atividade britânica[33]. Fica a dúvida se ela referia-se aos problemas políticos decorrentes dos processos de descolonização ou ao receio de a saúde seguir pelo caminho da medicina social e preventiva inglesa. Candau, porém, informou em carta à Baumgartner, em abril de 1964, que a OMS não participaria desse estudo conjunto[34]. A OMS, no entanto, apoiou indiretamente a realização do levantamento e informava a Fundação Rockefeller sobre suas ações na área de treinamento e formação para que não houvesse sobreposição ou duplicação de atividades[35].

---

31 Eugene Campbell, então Diretor do *Office of Public Health*, da *International Cooperation Agency* (ICA), escreveu um texto em que comenta sobre o problema da falta de pessoal e a importância destes para o combate às doenças e, a partir desse argumento, ressalta o papel e os resultados da cooperação junto aos países subdesenvolvidos estabelecida pela Agência em parceria com as fundações privadas, com destaque para a Rockefeller e Kellog, para formação dos profissionais de saúde. Vale observar que o autor, ao falar sobre a possibilidade de realização do treinamento nos Estados Unidos, argumenta que os estrangeiros não apenas estudariam e receberiam treinamento técnico, como poderiam "observar e participar em uma sociedade democrática" (Campbell, 1960, p.508). Outro trecho digno de menção é quando Campbell busca apontar o significado deste tipo de trabalho e explica que não se trata de uma "exportação de *know-how*", pois esse entendimento não era muito aceito entre os colegas estrangeiros e dava uma impressão errada sobre a natureza da cooperação. E continua explicando que "milhões que procuram independência e oportunidade de controlar seu próprio destino não gostam de aceitar presentes – ou caridade – de outros, não importando quem seja. Preferem se manter por conta própria por meio de seus próprios esforços.". Campbell segue afirmando que era preciso, portanto, entender e moldar os trabalhos conforme a realidade desses locais e que o lema era "Adaptar, não adotar". (Idem, p.510).

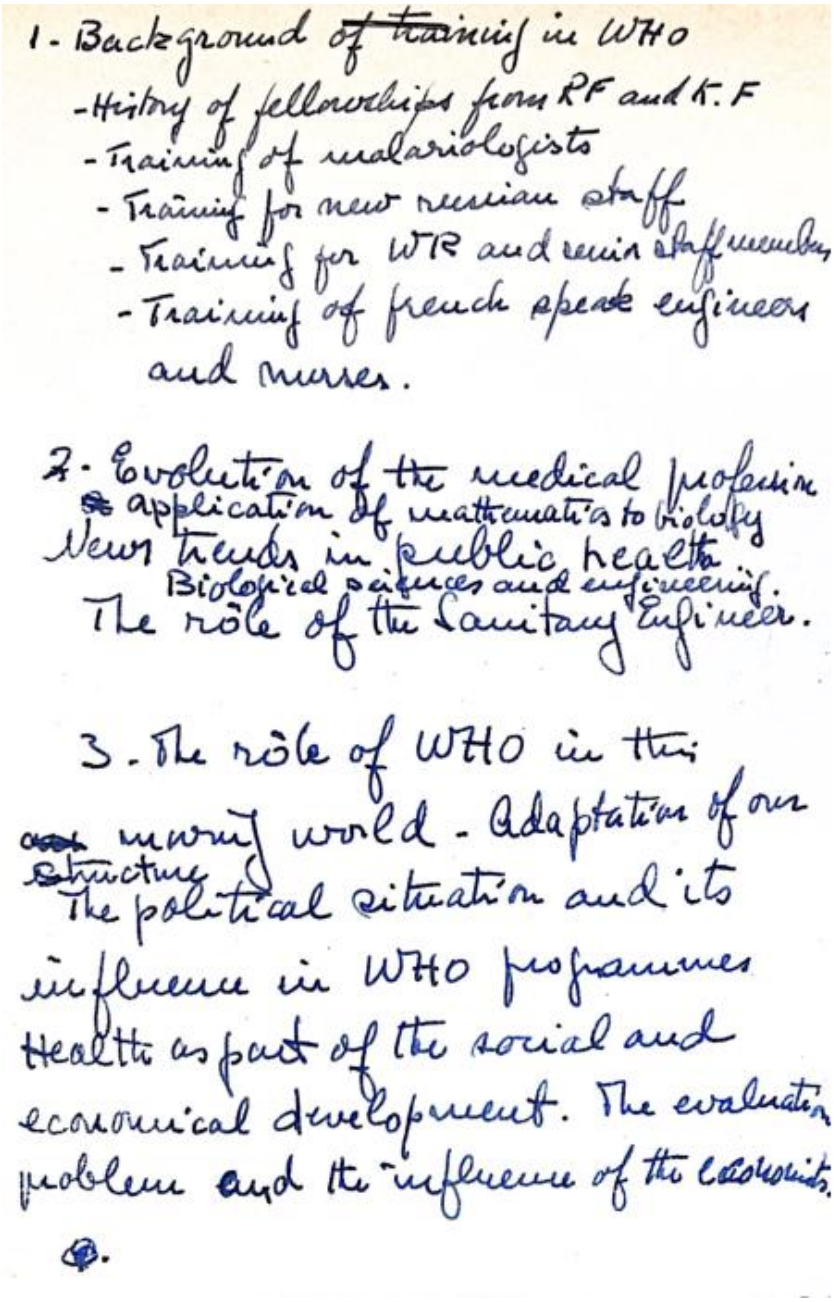
32 Atualmente USAID.

33 Carta de 17 de outubro de 1963 de Leona Baumgartner, da *Agency for International Development – Department of State* para Dr. M. G. Candau, Diretor-geral da OMS. RF RG 1.2 Series 103 Box 1 Folder 7 Health and the Developing World – Candau. Rockefeller Archive Center.

34 Carta enviada em 21 de setembro de 1964 por M. G. Candau, diretor da OMS, à Robert S. Morrison, Diretor da Fundação Rockefeller. RF RG 1.2 Series 103 Box 1 Folder 7 Health and the Developing World – Candau. Rockefeller Archive Center.

35 Ver as cartas trocadas com a Fundação Rockefeller. RF RG 1.2 Series 103 Box 1 Folder 7 Health and the Developing World – Candau. Rockefeller Archive Center.

Figura 5: Anotações de Candau sobre pontos a serem abordados em curso de treinamento



Anotações de Candau sobre pontos a abordar no Terceiro curso de treinamento para pessoal sênior dos escritórios regionais da OMS– 4 a 29 de outubro de 1965. Fonte: Acervo pessoal de Candau obtido na Suíça e doado ao CDHS da Casa de Oswaldo Cruz.

Candau demonstrava preocupação também com a formação de profissionais sobretudo na África, continente em que pelo menos 14 países não contavam com uma escola médica na

época[36] e cuja maior parte dos países dispunham de pouca ou nenhuma infraestrutura de formação. O Diretor-geral argumentava que este seria um dos maiores problemas para os anos que viriam e defendia que o apoio às escolas médicas ocorresse por meio da OMS, e não de maneira bilateral, que resultava em uma cooperação que poderia entrar em colapso na ocorrência de qualquer crise política[37]. Candau demonstrava sua preocupação com a expansão das atividades de outras organizações internacionais que poderiam distorcer ou esvaziar o papel da OMS na articulação e coordenação das ações de saúde entre os países e entre regiões.

No caso do Brasil, em viagem ao país em 23 de dezembro de 1964, o Diretor-geral conversou com o Ministro da Saúde, Raimundo de Britto, sobre os problemas de saúde do país e anotou que, apesar de ser ótimo cirurgião e bom administrador, o ministro ficava perdido no que se referia à saúde pública de modo geral. Candau aproveitou a viagem para visitar a Escola Nacional de Saúde Pública, que estava em fase de reorganização, à época sob direção de Edmar Terra Blois, e registrou em seu diário que o novo governo estava realmente interessado em treinamento e havia dado ênfase à importância do trabalho da Escola[38]. Importante destacar que o Brasil vivia sob uma ditadura militar recém implementada – com o golpe de 31 de março de 1964 – e o ministro da saúde fazia discursos abertamente anticomunistas, como o próprio Candau registrou neste e em outros diários[39].

Em uma segunda visita naquele ano, Candau conversou novamente com o Ministro da Saúde a respeito da reorganização da Escola Nacional de Saúde Pública, localizada no Rio de Janeiro. Candau escreveu em seu diário que o governo estava colocando uma boa dose de entusiasmo e dinheiro no projeto e que o Ministro reclamou que a OMS e a OPAS davam pouca assistência ao país apesar das grandes contribuições feitas aos organismos. O Diretor-geral explicou como estes davam assistência aos países e que esperava que a Comissão para Negócios Internacionais, que estava sendo composta sob o comando de Murilo Belchior no Ministério da Saúde, pudesse apresentar, em um futuro breve, um panorama mais completo do que estava em operação. Candau registrou novamente no diário que o ministro da saúde, Raimundo de Britto, não tinha clareza sobre o que ele queria fazer com relação à reorganização da Escola. O Diretor-

---

[36] Discurso feito por Candau, em 31 de outubro de 1965, na ocasião da Segunda Conferência Anual de Educação Internacional organizado pela Associação de Faculdades Médicas Americanas – 29 de outubro a 02 de novembro de 1965. Acervo pessoal de Candau doado à Casa de Oswaldo Cruz.

[37] Diary of Dr. Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968, p.12. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[38] Diary of Dr. Candau's visit to Colombia and Brazil – 18 June to 3 July 1964, p.3; p.5. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

[39] Ver diário de visita à Colômbia e Brasil – 18 de junho a 3 de julho de 1964 e Diário de visita ao Brasil – 22 de dezembro de 1964 a 02 de janeiro de 1965.

geral anotou que o prédio elaborado para a Escola era bonito e bem equipado, mas que o que estava sendo planejado em termos de pessoal não era tão bom, dado que o Ministro desejava que os professores tivessem um contrato de apenas um ano, ao invés de terem uma vinculação permanente; enquanto Candau tentou argumentar pela necessidade de manter um núcleo de professores permanente[40].

O Diretor-geral buscou mobilizar as Américas, na pessoa de Ernani Braga – que em 1966 era o Diretor-Executivo da Associação Pan-Americana de Escolas Médicas –, e representantes do *Milbank Memorial Fund*, para buscar construir uma cooperação no campo da educação e formação para a África[41]. Candau conversou com os representantes na ocasião de uma viagem à Índia e à Tailândia, onde discursou na Terceira Conferência Mundial de Educação Médica intitulada "Educação Médica – fator no desenvolvimento socioeconômico", em 20 de novembro de 1966[42]. Este movimento pode ser situado em um contexto no qual estava em voga a proposta de construção de planejamento nacional em saúde com vistas ao desenvolvimento dos países – iniciativa impulsionada pelos países da América Latina na década de 1960.

Candau também estava sempre atento ao aspecto da formação quando visitava os países e fazia questão de ir às instalações de saúde, escolas e outras instituições de formação de profissionais e saber como procediam e como os profissionais estavam distribuídos no território, notando que havia um padrão de escassez de médicos ou profissionais com maior grau de formação em áreas mais remotas ou afastadas dos centros em países subdesenvolvidos, como mostram diversos diários de viagem do Diretor-geral. Quando de uma visita à Mongólia, em julho de 1964, Candau ressaltou a importância do investimento em saúde, entendendo que este seria uma ótima medida para prevenção de doenças[43] e, em entrevista à imprensa romena, três anos depois, em 1969, quando questionado qual era o programa mais importante da OMS, Candau respondeu sobre a concentração de atividades em educação e treinamento[44]. A questão foi tratada também em visita ao Brasil[45], à Índia e Tailândia[46], Burma (atual Myanmar) e Ceilão

---

40 Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 22 December 1964 to 2 January 1965, p.3-4. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967

41 Diary of Dr.Candau's visit to India and Thailand -14 november to 28 november 1966. p.14

42 OR WHO 156, 1966, p.XII.

43 Diary of Dr. Candau's visit to Mongolia – 6 to 17 July 1964, p.5, p.9. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967

44 Diary of Dr. Candau's visit to Romania – 3-13 May 1969, p.13. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967

45 Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 23 June to 3 July 1966. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

46 Ver Diary of Dr. Candau's visit to India and Thailand -14-28 November 1966. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

(atual Sri Lanka)[47], Moscou[48] e China[49], para citar apenas alguns países em que o assunto foi abordado pelo Diretor-geral.

Após dezesseis anos à frente da OMS, era evidente para Candau que sem a melhoria na situação – quantidade e formação – de profissionais em saúde no mundo, pouco ou nada poderia ser atingido em termos de saúde, como este mesmo argumentou[50]. Na 23ª AMS, em 1970, Candau destacou novamente, que, no longo prazo, uma das mais ou a mais importante atividade da OMS eram os programas de educação e treinamento[51]. Pode-se afirmar que Candau, enquanto Diretor-geral da OMS enfatizou incansavelmente a necessidade de os países investirem na formação de mão-de-obra para a saúde.

Vale apontar que na maior parte dos textos referentes à temática de educação e formação profissional, um dos principais enfoques era na formação médica, ainda que a OMS tivesse investido também na qualificação de outros profissionais de saúde. As ações foram importantes para auxiliar diversos países a constituírem minimamente um corpo de profissionais treinados, no entanto as medidas de padronização de currículos médicos, de formação dos profissionais em países estrangeiros não pode ser vista sem as devidas considerações a respeito dos problemas causados[52].

A discussão sobre o modelo de formação que as escolas estadunidenses adotavam e buscavam expandir para os demais países, sobretudo na América Latina no pós-guerra, ou sobre o modelo de saúde preventiva adotado é profunda e há muitas questões a serem feitas a respeito do papel da OMS neste período – de 1953 a 1973 – no investimento na educação e treinamento de profissionais de saúde, além do apoio à reformulação de currículos e práticas. O assunto, que quase não foi explorado pela literatura que aborda a história da OMS ou de temáticas específicas conduzidas pela Organização, não será aprofundado neste tópico, cujo enfoque é apontar que a temática ganhou importância no período que Candau esteve como Diretor-geral e mostrar como foi conduzida, abrindo espaço para novas indagações.

Com relação às diretrizes da OMS, no caso das campanhas de erradicação, como discute a historiografia[53], estas vinham de Genebra a partir de elaboração com pouca ou nenhuma

---

47 Ver Diary of Dr. Candau's visit to India, Burma and Ceylon – 21 November to 3 December 1970. Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972.

48 Ver Diary of Dr. Candau's official visit to Moscow – 4-6 January 1971. Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972.

49 Ver Diary of Dr. Candau's official visit to the People's Republic of China – 3-11 August 1972. Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972.

50 Diary of Dr. Candau's visit to Romania – 3-13 May 1969, p.17. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

51 OR WHA 185, 1970, p.32

52 Weisz; Nennestad, 2021.

53 Cueto, 2007; Bhattacharya, 2006.

discussão com as autoridades locais, e em diversas situações os hábitos e as crenças da população não foram respeitados e as equipes de pulverização cumpriam com violência a ação para a qual foram designadas. Isto é, o discurso de Candau de adaptação às condições locais não era acompanhado, muitas vezes, da implementação na prática das atividades dos Programas e, ainda que a proposta fosse olhar para a realidade local quando da construção do plano de ação, este era feito por especialistas designados pelas organizações internacionais sem participação dos representantes locais.

No caso da formação profissional e técnica era essencial que esta fosse planejada para atender às necessidades do local, caso contrário não teria eficácia alguma na resolução dos problemas de saúde vigentes. O que vale para a questão do envio de profissionais para serem formados e treinados em países estrangeiros. Candau argumentou, em resposta às indagações de delegados de diferentes países, que de nada adiantava um profissional ser treinado em um país no qual ele tinha acesso a laboratórios e equipamentos retornar a seu país e trabalhar em um local onde não havia nada disso disponível.[54] O Diretor-geral afirmou que se estaria praticando um "treinamento artificial", porque não se podia esperar que um médico altamente eficiente em cirurgia cardíaca pudesse voltar a seu país e trabalhar com ancilostomíase ou malária[55]. Ou seja, havia uma tensão entre a pressão global pelas mudanças apresentadas na proposta de padronização e a realidade das necessidades e recursos dos países menos desenvolvidos[56].

Embora Candau bradasse pelo desenho de currículos adaptados às realidades locais construídos a partir da visão da medicina preventiva e social ao tratar de educação e treinamento profissional, a implementação esbarrava no receio estadunidense e da Europa Ocidental de disseminação de modelos associados ao socialismo e às instituições dos países em tela, receio partilhado sobretudo pelas Fundações Rockefeller e Kellog, que tinham papel importante no financiamento de ações de formação. Não obstante, o Diretor-geral logrou ampliar as iniciativas de formação e treinamento de profissionais e associá-las à urgência de os países estabelecerem serviços de saúde nacionais que, por sua vez, também não podiam existir sem a mão-de-obra necessária para execução dos trabalhos.

---

54 Draft notes on Dr. Candau's replies to questions. Preparatory Committee. United Nations Second Development Decade. 3 July 1969. p.4. Documento do acervo doado à Casa de Oswaldo Cruz. Não catalogado.

55 Idem, p.5.

56 Weisz; Nennestad, 2021, p.3.

4.2 O desenvolvimento de serviços gerais nacionais de saúde: uma pauta defendida no plano de fundo

O livro que aborda os dez primeiros anos da OMS precisa ser lido com o olhar crítico necessário à leitura de qualquer documento de natureza oficial, porém também tem sua importância para elucidar pontos relevantes, somando-se a outras fontes, para a compreensão de acontecimentos ou processos. Neste sentido, ainda que no livro o tópico sobre serviços de saúde e cuidados médicos atenha-se à explicação de que os países possuem diferentes níveis de organização e provimento de serviços de saúde e trate sobre como a OMS trabalhou para ajudá-los neste campo, não aprofunde a respeito das diretrizes de ação ou sobre como a OMS entendia o assunto, o texto chama atenção no primeiro parágrafo do tópico para o fato de que a OMS tinha por princípio, na elaboração e execução de seus programas, reforçar os serviços nacionais de saúde[57]. Ou seja, esse princípio é apontado logo no início da apresentação da temática, demonstrando certo comprometimento com esta pauta.

A assistência da OMS ao desenvolvimento dos serviços de saúde, no entanto, não ocorria sem que os países requisitassem, como Candau destacou em seu discurso no Congresso Médico Sul-Africano[58], ou seja, era preciso haver uma confluência de interesses para que o assunto fosse prioritário também na agenda nacional dos países, ainda que a OMS tivesse esse papel de pautar e buscar influenciar os países a adotarem certas ações de saúde. Como se sabe, as dinâmicas nacional e internacional não caminham de maneira totalmente independente. Campos[59] argumenta neste sentido em seu texto sobre o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o programa de enfermagem, no qual mostra como a formação profissional em saúde no Brasil, especialmente da enfermagem, nos anos 1940 e 1950 estava ligada aos interesses estadunidenses em regiões produtoras de matérias-primas importantes ao esforço de guerra, mas também aos interesses varguistas de "desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade pública"[60]. Importante lembrar que Candau fora o Superintendente-Assistente do SESP entre 1944 e 1947, tendo assumido a Superintendência neste último ano.

O Diretor-geral da OMS mencionava frequentemente, desde o início – 1953 – até o final de seu mandato – 1973 –, a necessidade de os países, sobretudo os menos desenvolvidos, investirem na constituição dos serviços básicos de saúde. Este discurso foi, ao longo do período, coadunando-se com os movimentos políticos, econômicos e sociais nacionais e internacionais,

---

57 OMS, 1958, p.334.
58 Candau, 1956, p.75.
59 Campos, 2008.
60 Idem, p.880.

que influenciavam para que a ênfase fosse colocada em uma ou outra área conforme as necessidades mais prementes. A própria OMS, por meio do Comitê de Especialistas para Administração da Saúde Pública, lançou, em 1953, um modelo para serviços básicos de saúde, que não foi adotado amplamente pelos países[61].

A partir de 1955, a campanha mundial de erradicação da malária, aprovada na Assembleia daquele ano, começou a ganhar impulso e o assunto perpassava a agenda, inclusive a discussão a respeito dos serviços de saúde. Como discutido no Capítulo 2 sobre o Programa Especial de Erradicação da Malária, havia quem defendia intervenções mais amplas nos locais onde a população era afetada pela malária, que incluíam drenagem de regiões alagadas, obras de saneamento e investimento em habitação, e aqueles que argumentavam por ações direcionadas ao controle do vetor utilizando as tecnologias disponíveis, como o DDT[62]. Candau conduziu a campanha com ênfase na pulverização do inseticida, mas não deixou de demonstrar sua preocupação com o agravamento do avanço desta e de outras doenças se os países não erigissem serviços de saúde básicos em seus territórios.

Em seu Relatório Anual de 1955, na introdução, o Diretor-geral comentou sobre outras campanhas de controle de doenças, como da tuberculose, poliomielite e tracoma, por exemplo, e ressaltou que estas só teriam ganhos concretos se a OMS e os países fossem bem-sucedidos em fortalecer os serviços nacionais de saúde[63]. Em declaração na 11ª AMS, realizada Minneapolis em 1958, Candau fez o mesmo comentário de que uma das necessidades imediatas continuava a ser o fortalecimento dos serviços nacionais de saúde e, em particular, o desenvolvimento de instalações de treinamento[64]. O Diretor-geral mencionou também a importância dos serviços de saúde para que a OMS conseguisse alcançar o objetivo de ajudar os países a atingirem melhores níveis de vida e bem-estar[65].

A partir dos anos 1960, com os dados pouco positivos da campanha de erradicação da malária, acendeu-se a luz de alerta para o fato de que os países precisavam estruturar os serviços de saúde se quisessem que as demais medidas tivessem efetividade e que os resultados pudessem ser mantidos no tempo. Assim, nos relatórios anuais do Diretor-Geral, bem como em suas declarações nas Assembleias Mundiais, Candau alterou seu discurso para contemplar a necessidade do desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde ancorados em uma

---

61 Packard, 2016, p.232.
62 Packard; Gadelha, 1997.
63 Official Records of the World Health Organization, n.67. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, March 1956, p.VI.
64 No original: “However, one of the most pressing immediate needs in 1957 continued to be the strengthening of national health services and, in particular, the development of training facilities”. OR WHA 87, 1958, p.61
65 Idem.

perspectiva abrangente, apontando que esta era condição necessária para qualquer avanço na saúde dos povos. Esta mudança na argumentação também pode ser compreendida na conjuntura de emergência de um discurso que ligava saúde e desenvolvimento nos pós Segunda Guerra Mundial, instauração da Guerra Fria e movimentos de descolonização[66,67]. Um indicador da importância dada a este assunto foi a criação da Divisão de Serviços de Saúde Pública e da Divisão de Proteção e Promoção da Saúde, nascidas a partir da separação da Divisão de Organização de Serviços Públicos de Saúde. Estas duas Divisões criadas, somada à Divisão de Educação e Treinamento, foram colocadas sob a direção de um quarto Diretor-Geral Assistente (anteriormente havia somente três Diretor-geral Assistentes[68])[69], F. Grundy[70].

Ou seja, contrariamente ao que alguns autores escreveram a respeito de Candau, como alguém que era totalmente pró-estadunidense e com visão estreita a respeito da saúde, Candau deixou registradas opiniões que se alinhavam à concepção de saúde da medicina social, para a qual os problemas de saúde deveriam ser considerados em seu contexto econômico e social. Candau comentou em um texto escrito em 1960 que havia uma relação muito próxima entre desenvolvimento econômico e melhoria da saúde e que, se era verdade que melhor condição de saúde levava à prosperidade, era igualmente verdade que pobres condições de moradia afetavam adversamente a saúde de povo, o que era um perigoso círculo vicioso e precisava ser rompido. E defendia que

> a assistência prestada aos países fosse ajustada conforme as necessidades dos mesmos de modo que a cooperação internacional estivesse alinhada ao único objetivo que poderia melhorar a saúde dos cidadãos, qual seja, o desenvolvimento ordenado de seus próprios serviços nacionais de saúde.[71]

---

66 Staples, 2006. Staples traz pontos importantes a respeito da constituição e estabelecimento da OMS, no entanto, com relação às ações desenvolvidas no período sob direção de Candau, a autora negligencia temáticas importantes conduzidas pela Organização e que estavam ligadas ao "nascimento" da ideia de desenvolvimento.

67 Cueto, 2008; Pires-Alves et al, 2010; Manton, Gorsky, 2018.

68 Os demais Diretores-Geral Assistentes e as Divisões sob suas responsabilidades eram: P. M. Kaul, responsável pela Divisão de Erradicação da Malária, Divisão de Doenças Transmissíveis e Divisão de Saneamento Ambiental; N.I. Grashchenkov, responsável pela Divisão de Estatísticas de Saúde, Divisão de Biologia e Farmacologia, e Divisão Editorial e de Serviços de Referência; M. P. Siegel, responsável pela Divisão de Gestão Administrativa e Pessoal e Divisão de Orçamento e Finança. (OR WHO 105, 1960, p. 179. Não foi encontrada informação sobre F. Grundy para compor uma breve descrição de seu perfil.

69 OR WHO 105, 1960, p.45

70 OR WHO 114, 1961, p.189.

71 Candau, 1960b, p.7. No original: [...] but it does mean that the nature and the amount of assistance should be adapted in a realistic fashion to the conditions prevailing in that country, so that international cooperation may be geared to the only objective which would advance the health of the citizen, namely, the orderly development of their own national health service."

A demanda por serviços de saúde foi mostrando-se cada vez mais premente e Candau registrou no seu relatório anual de 1962 que os países representados na 15ª AMS concordaram que os governos deveriam ter como objetivo da década um aumento de 10-15% anual nos fundos alocados para serviços nacionais de saúde[72]. Vale lembrar que foi neste ano de 1962 que as Nações Unidas aprovaram o chamado Programa Década do Desenvolvimento e neste mesmo ano uma outra mudança administrativa importante foi feita: a Divisão de Saneamento Ambiental teve seu título alterado para Divisão de Saúde Ambiental, porque a Organização considerava que o "título anterior era muito estreito e não refletia os novos aspectos do desenvolvimento da saúde no mundo".[73]

Neste período, o saneamento e outras questões de saúde rural, de modo geral, estavam ganhando mais urgência nas discussões internacionais, momento em que também se observava um processo de urbanização na América Latina[74] e em outros países subdesenvolvidos de outros continentes, ou seja, havia questões antigas ligadas à precariedade da vida rural em diversos locais e questões emergentes do processo de crescimento das cidades. No Brasil, a questão do saneamento e mais amplamente a situação de saúde da população estiveram, desde a primeira metade do século XX, intimamente ligadas à discussão sobre como e quem era o brasileiro e o Brasil – a construção da identidade nacional[75].

Com a aprovação do Programa Década do Desenvolvimento, as agências especializadas da ONU, como a OMS, foram mobilizadas para prestar assistência técnica para auxiliar os países a avançarem no combate aos problemas identificados em suas respectivas áreas de atuação. Foi nesta década que diversas instituições para promoção da assistência ao desenvolvimento foram criadas ou reformuladas e a ajuda internacional, com volume expressivo de acordos realizados bilateralmente, era a maneira mais difundida de promover intervenções pontuais em diferentes setores[76].

Na década 1960 o mundo viu um grande movimento de descolonização dos países africanos e a intensificação da política de intervenção estadunidense na América Latina, contexto que instigava o debate sobre desenvolvimento. Os discursos de Candau ilustram o fato de que o Diretor-geral tinha para si que o desenvolvimento estava intimamente ligado à saúde,

---

72 OR WHO 123, 1962, p.V

73 Fala de P. Kaul, Diretor-Geral Assistente na 29ª reunião do Comitê Executivo em março de 1962. No original: "The Organization had been studying the problems and activities in that field and for some time had considered that the title "Environmental Sanitation" was too narrow and failed to reflect the newer aspects of health development in the world". WHO EB29/AF/Min/3 Rev.l, 1962, p.46.

74 Quijano, 1978, traz aprofundada discussão sobre as mudanças nos países latino-americanos ocorridas com o processo de urbanização.

75 Hochman; Lima, 2000.

76 Afonso, Fernandes, 2005.

mas também fica claro que o brasileiro buscava reformas, não revoluções[77]. Na esteira das discussões, Candau ressaltou na 16ª AMS, de 1963, que:

> Investimento em saúde é sinônimo de investimento em desenvolvimento. Talvez a demonstração mais convincente pode ser encontrada no saneamento ambiental, tão essencial ao melhoramento dos padrões de saúde geral da população[78]

Nesta mesma Assembleia Mundial de Saúde de 1963, também se discutiu muito a questão do planejamento em saúde e este tema ganhou proporção principalmente por conta da decisão da OMS de lançar um programa de assistência para elaboração de planos nacionais de saúde para a África, na 15ª AMS de 1962, na qual o Diretor-geral apresentou um documento com propostas de assistência aos países recém-independentes[79], iniciativa que envolveu também as Fundações estadunidenses. Em 1962, a OMS já havia iniciado conversas com os Estados Unidos a respeito da possibilidade de financiamento suplementar para este programa, que inicialmente abarcaria dez países[80]. Em uma conversa com o Presidente e diretor-geral da Fundação Kellog, Emory Morris, em fevereiro de 1963, Candau comentou que estava recebendo apoio dos EUA em projetos sobre planejamento em saúde em sete países da África e que esta era uma boa possibilidade para a qual a ajuda da Fundação seria de grande interesse. O Diretor-geral da OMS registrou que estava claro para ele que a Fundação estava realmente considerando aumentar o trabalho na África e que Morris já estava discutindo isso com as pessoas em Washington[81].

É importante destacar, como foi também apontado no tópico anterior, que havia uma preocupação de que a coordenação tivesse apoio a nível do país, o que foi enfatizado pelo Comitê Executivo em sua minuta de resolução:

> Ciente da importância da atual ajuda prestada pela OMS aos novos Estados independentes, particularmente no planejamento de seus serviços de saúde e, acima de tudo, no treinamento de seu pessoal nacional; e
> Recordando o papel de coordenação da OMS, […]

---

77 Apenas um paralelo com o livro de Rosa Luxemburgo – Reforma ou Revolução? –, obra na qual responde aos argumentos de Eduard Berstein e apresenta sua defesa das ideias marxistas e do movimento de revolução.

78 No original: "Investment in health is synonymous with investment in development. Perhaps the most convincing demonstration of this can be found in environmental sanitation, so essential to the raising of the general health standards of a population". WHA Off. Rec128, 1963, p.39.

79 OR WHA 119, 1962, p.200-201

80 Manton, Gorsky, 2018. Os autores fazem importante análise do Programa de Planejamento em Saúde desenvolvido para a África nos anos 1960.

81 Diary of Dr. Candau's visit to W. K. Kellog Foundation, Battle Creek, Michigan, United States of America – 24 to 26 February 1963, p.2-3. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

> 4. SALIENTA que essa coordenação, para ser eficaz, tem de ser assegurada a nível nacional;[82]

Ademais, Manton e Gorsky apontam que

> O curso de treinamento para planejadores consultores deveria incluir não apenas habilidades administrativas, mas também análises 'sociais e antropológicas' de culturas locais e comportamentos de saúde, bem como consciência comparativa de variados modelos de sistemas nacionais de saúde, incluindo pluralista, socialista ou arranjos capitalista de *welfare*[83].

No entanto, como era de se esperar, a implementação entrava em fricção com a proposta, o que não será aprofundado neste tópico.

4.3 Os serviços nacionais de saúde: concepções de planejamento e mudanças epidemiológicas

O Diretor-geral passou a demonstrar preocupação com a falta de conhecimento em planejamento em saúde dos países e anotava, em seu diário de viagens, observações do que via a respeito desta questão. Em seu relatório referente ao ano de 1963, Candau apontou que a Organização deveria rever seus esforços no campo do planejamento em saúde e que as estatísticas eram um componente fundamental para tal, porém estas eram incompletas na maioria dos países que precisavam de apoio para realizar o planejamento em saúde[84]. Candau demonstrava preocupação com o fato de que, nos países nos quais era visível uma evolução quanto ao estabelecimento de serviços de saúde, estes, por outro lado, não eram gerenciados e administrados da melhor maneira, em alguns a importância do planejamento ainda nem era reconhecida.

O Diretor-geral registrou em seu diário de 1965 que Horwitz informara-o do pedido do Ministro do Planejamento e Economia do Brasil por uma reunião com Candau, com o Ministério da Saúde e com o Ministério das Relações Exteriores, para tratar de assistência ao

---

[82] No original: "Cognizant of the importance of the current aid being given by WHO to newly independent States particularly in the planning of their health services and, above all, in the training of their national staff; and Recalling the co-ordinating role of WHO, […]
4. EMPHASIZES that such co-ordination to be effective has to be ensured at the country level;". Executive Board. Twenty-eighth Session. Agenda item 3.2. 30 May 1961. Continued Assistant to Newly Independent States – Draft Resolution presented by the Rapporteurs. EB28/WP/2, 1961, p.1.

[83] No original: "The training course for consultant planners was to include not only administrative skills, but also 'social and anthropological' analysis of local cultures and health behaviours, as well as comparative awareness of the varied models of national health systems, including pluralist, socialist or welfare capitalist arrangements". Manton, Gorsky, 2018, p.436.

[84] OR WHO 139, 1963, p.V.

país para o desenvolvimento de um planejamento de longo-prazo da saúde nacional como parte integral do plano de desenvolvimento econômico e social. Sobre a reunião, Candau anotou que Raymundo Britto, então ministro da saúde, sabia muito pouco sobre planejamento em saúde e que havia gastado um bom tempo para explicar-lhe que "planejamento nacional era uma tendência mundial" que deveria ser aceita, e enfatizou que uma atitude negativa resultaria no planejamento nacional sendo elaborado pelo Ministério do Planejamento sem a devida participação do Ministério da Saúde – o mais implicado na questão – que corria o risco de ficar sem o orçamento necessário. O Diretor-geral comentou, na ocasião, que a OMS honraria qualquer pedido de assistência ao Brasil feito por meio do Ministério das Relações Exteriores[85].

A área da saúde havia crescido com o avanço tecnológico, descoberta e aprimoramento de técnicas de tratamento, e, em decorrência da centralidade na cura, sustentando uma visão hospitalocêntrica da saúde – que foi difundida em boa parte do mundo –, um dos pontos centrais que estava na ordem do dia era a organização dos hospitais e outras estruturas de tratamento. Com este crescimento, administradores e governantes passaram a perceber as lacunas no gerenciamento e organização dos serviços, observando inclusive que os serviços de saúde não eram ofertados universalmente nos "países ocidentais" – diferentemente dos países da URSS – o que complicava ainda mais o acesso. Assim, a discussão da necessidade de melhorá-los chegou ao cenário internacional[86].

Ademais, nos países desenvolvidos começava a se observar a mudança epidemiológica das doenças agudas para as doenças crônicas, alterando-se o tipo dos serviços exigidos para tratamento[87]. Candau estava atento a essas mudanças no mundo, tendo passado a destacar a importância da epidemiologia, o estudo das doenças crônicas e a abordar a necessidade de os países debruçarem-se sobre a questão do planejamento em saúde. O Diretor-geral publicou um artigo, ainda em 1961, intitulado *Epidemiology and World Medicine*, no qual abordou a importância da epidemiologia, como ela permitia uma compreensão da relação do homem e o ambiente e contribuía para otimizar as ações de saúde, além de destacar em seu artigo que a OMS havia voltado suas atenções para as doenças crônicas, em particular o câncer e as doenças cardiovasculares[88].

---

85 Diary of Dr. Candau's visit to Colombia, Brazil and Panama – 22 July – 19 August 1965, p.5-6. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

86 Stevens (1996) faz uma análise interessante das mudanças na organização do cuidado nos Estados Unidos no início dos anos 1960.

87 Idem, p 15.

88 Candau, 1961b, p.793

Em um discurso em 1965, Candau discorreu sobre os problemas administrativos e organizacionais na saúde colocados pelos avanços tecnológicos e mudanças sociais, que pressionavam as estruturas hospitalares nos países em desenvolvimento. Candau argumentou que muitos pacientes que não podiam ser curados estavam nos leitos de hospitais e que isso gerava consequências desastrosas na efetividade dessas estruturas. Em sua reflexão sobre a necessidade de os países contarem com outras estruturas de saúde, o Diretor-geral ressaltou a importância da descentralização dos dispensários para distritos urbanos, subúrbios e municípios no interior, que fariam uma triagem efetiva dos pacientes e contribuiriam para desafogar os hospitais. Candau argumentou que estes dispensários deveriam estar ligados aos hospitais e atuar como postos avançados de serviços ambulatoriais e que, ao mesmo tempo, deveriam ser desenvolvidos esquemas economicamente plausíveis para acomodar pacientes incuráveis e de tratamento de longo prazo, para que estes não fossem levados para asilos onde ficariam esperando pela morte desalentados.

O Diretor-geral chegou a falar em "estrutura de serviços regionalizada", e apontou que os esforços deveriam se iniciar, primeiramente, no hospital regional, onde estariam os tratamentos mais avançados e profissionais-chave seriam treinados; em segundo lugar, nos serviços de saúde rural; e acrescentou que hospitais de nível intermediário e anexos aos hospitais locais poderiam servir de casa para pacientes em tratamentos longos, que poderiam ficar próximos de suas famílias; e finalizou dizendo que um enquadramento legislativo e administrativo bem estabelecido era essencial para dar forma a esta estrutura e determinar exatamente a função de cada elemento na rede de instituições de cuidado médico[89].

Candau ainda argumentou que os dispensários e os serviços ambulatoriais hospitalares eram os locais onde as técnicas da medicina preventiva seriam desenvolvidas e que, com essas estruturas, a tendência naquele momento era de abandono da dicotomia entre medicina curativa e preventiva e a integração destas duas perspectivas em uma abordagem maior de serviços públicos de saúde. Segundo o Diretor-geral, para atingir este objetivo deveria existir um programa de saúde a nível nacional, provisões legislativas e administradores para aplicá-las, ou seja, um plano, e emendou a defesa da necessidade de haver planejamento, argumentando que o mundo estava mudando rapidamente e era preciso confiar nos planejadores que se baseavam em técnicas avançadas para preparar modelos de estruturas organizacionais[90].

Em seu relatório anual de 1966, Candau apontou logo no início que o principal desafio para a ONU e suas agências era a crescente lacuna entre os países em desenvolvimento e os

[89] Candau, 1965b, p.442.
[90] Idem, p.443.

países tecnologicamente e economicamente desenvolvidos; e completou afirmando que os fatores que obstaculizavam a execução de programas gerais de desenvolvimento incluíam a falta de vontade dos países mais afortunados em adequar a ajuda financeira ou de outra natureza às necessidades em expansão dos países em desenvolvimento; bem como a instabilidade política e desacordos em muitas áreas e ineficiência administrativa, que impediam a utilização otimizada dos recursos disponíveis pelos países mais pobres. Na sequência desta crítica, o Diretor escreveu que, por esse motivo, naquele ano a OMS havia feito pouco progresso no auxílio aos países em desenvolvimento para estabelecerem e fortalecerem serviços nacionais de saúde básicos, ou seja a desigualdade entre os países estava afetando o próprio apoio da Organização, que estava nadando contra a maré. Candau argumentou que a campanha de erradicação da varíola, por exemplo, só seria bem-sucedida se as ações estivessem integradas aos serviços de saúde nacionais de cada país[91].

A percepção da necessidade de se investir no planejamento dos serviços de saúde foi impulsionada pelo avanço das campanhas de erradicação, mais especificamente graças à campanha contra a varíola, que exigiu o desenvolvimento de métodos e técnicas de administração e organização das ações de vacinação, prevenção e cuidado, bem como métodos para vigilância e compartilhamento de informações.

Havia uma preocupação do Diretor-geral em fazer com que as campanhas, ações que exigiam grandes volumes e mobilizavam diversas áreas da OMS, tivessem bons resultados e pudessem mantê-los e, com a situação precária da infraestrutura e prestação de serviços nos países, isso se mostrava bastante difícil. O Diretor-geral concordou com o ministro da Saúde da URSS, em reunião em Moscou em 1967, que demonstrou preocupação com os programas da OMS por achar que era essencial que a Organização se concentrasse na construção dos serviços nacionais de saúde, pois sem estes serviços os benefícios da assistência seriam perdidos. Candau apontou que havia falado exatamente isso na Assembleia Mundial de Saúde e afirmou que entendia que o próprio programa de erradicação da varíola dependia dos serviços adequados em saúde para o sucesso. Candau adicionou que havia um porém, uma situação sobre a qual ele não tinha controle: o prestígio nacional, e comentou que, quando a OMS lançava uma campanha, todos os países – independentemente de terem condições para tal – queriam se envolver, inclusive aqueles que tinham questões muito mais urgentes para lidar e citou o Brasil como exemplo[92]. É perceptível que Candau não nutria grande apreço por Raymundo de Britto,

---

91 OR WHO 156, 1966, p.VII.

92 Diary of Dr. Candau's visit to Mongolia (travelling via Moscow, URSS) to attend The Twienth Session of the Regional Committee for South-East Asia. Ulan Bator, 31 July – 4 August 1967. p.14.

o Ministro da Saúde da época, e desaprovava a maneira como a saúde estava sendo conduzida em seu país.

O Diretor-geral celebrou que, em 1968, nove países e territórios da Região do Pacífico Ocidental elaboraram planos econômicos de desenvolvimento incluindo a saúde como parte integral do planejamento geral[93]. No relatório lançado naquele ano, destacou a criação de um novo Comitê de Especialistas e a viagem feita aos países da URSS, que permitiu explorar a melhor forma de treinar profissionais e utilizar auxiliares de saúde cujas funções, sob supervisão adequada, estariam assumindo paulatinamente grande importância nos países desenvolvidos e em desenvolvimento[94].

A estruturação dos serviços de saúde nos moldes soviéticos chamou a atenção do diretor-geral, que informou a intenção de traduzir o livro *Soviet Planning Methodology in the Health Field*, de Georgij Alekseevic Popov "porque a OMS precisava das ideias sobre planejamento nacional em saúde da URSS", nas palavras de Candau[95]. As partes do livro que interessavam foram traduzidas e publicadas em 1971[96].

Em uma palestra, por ocasião da Segunda Década do Desenvolvimento das Nações Unidas, na 51ª sessão do Conselho Econômico e Social, em Genebra, em 9 de julho de 1971, Candau argumentou novamente sobre a importância do desenvolvimento de serviços nacionais de saúde provendo cobertura ampla pelo país como essencial para elevar a qualidade de saúde de sua população e destacou o obstáculo da falta de mão-de-obra:

> O desenvolvimento de serviços de saúde fortes, com cobertura nacional, é essencial em qualquer país que queira elevar o nível de saúde de sua população. Isso dificilmente pode ser enfatizado demais. A tarefa deve ser realizada dentro dos recursos nacionais, limitando ao mínimo o ônus financeiro para o indivíduo. Em muitos países, no entanto, a falta de coordenação dos serviços de saúde, a falta de fundos e a falta de pessoal estão impedindo esse desenvolvimento [97]

---

93 OR WHO 164, 1968, p.VII.

94 Id., 1968, p.VII.

95 Diary of Dr. Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968, p.34. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

96 O livro *Principles of health planning in the URSS* de Georgij Alekseevic Popov está disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/39761. Acesso em 12 nov. 2022.

97 Candau, 1971, p.441. No original "The development of strong health services providing nation-wide coverage is essential in any country that wants to raise the level of health of its people. This can scarcely be overemphasized. The task needs to be pursued within national resources, while restricting to a minimum the financial burden on the individual. In many countries, however, lack of co-ordination of health services, lack of funds, and lack of staff are hampering such development."

Ao mesmo tempo que a posição de Candau com relação aos serviços de saúde deve ser entendida dentro da conjuntura maior de defesa de ações de saúde em áreas específicas, a partir das necessidades mais prementes para a promoção do desenvolvimento, como entendido pelas organizações internacionais naquele momento[98], a leitura de seus escritos e discursos, somada ao que se depreende de sua experiência como profissional de saúde na região do Nordeste brasileiro no combate à malária e à noção, como brasileiro, da realidade dos países em desenvolvimento, levam a crer que o Diretor-geral tinha uma visão mais ampla a respeito do que era necessário ser desenvolvido no âmbito nacional e buscava puxar a posição da OMS para esta perspectiva. Candau trouxe desde sua experiência nacional esta concepção da necessidade de expandir os serviços básicos para a população, como explicitado em texto escrito com Ernani Braga[99] no qual defendem a inclusão da assistência médica nas atividades de saúde pública, o que, em 1948, ainda era visto como um grande tabu, por haver um entendimento de que a saúde pública deveria compreender somente ações preventivas[100].

Pode-se dizer que o Diretor-geral, ao manter aceso o debate sobre a necessidade de estabelecimento de serviços de saúde mesmo nos momentos em que a OMS estava voltada para sua primeira campanha mundial de erradicação em moldes verticalizados e centrados no uso da tecnologia, e ao incrementar essa defesa ao longo do período que esteve à frente da OMS, instigando a cooperação e a participação dos países da URSS e ressaltando os aspectos positivos dos serviços de saúde observados nesses países em suas visitas, contribuiu para o assentamento da compreensão da importância de desenvolver serviços de saúde mais amplos e para a lapidação desta ideia que, ao longo dos anos 1970, foi se transformando no entendimento da Atenção Primária em Saúde.

4.4 O investimento em pesquisa

Um dos assuntos que também teve grande importância na agenda da OMS no período em que Candau era Diretor-geral foi a "pesquisa médica científica", tanto pela consideração conferida a esta para a melhoria das ações em saúde, ou seja, o fortalecimento da "crença na ciência", ampliando o papel da OMS nesta temática, quanto pelo fato de que este assunto resultou no fortalecimento da instituição no longo prazo com a construção de centros

98 Staples, 2006.
99 Candau; Braga, 1948.
100 Braga, 1984.

colaboradores da OMS em diferentes partes do mundo. A ideia de rede de centros colaboradores aventada neste período soma-se às demais ações no argumento de que Candau foi um agente importante na transição entre o que se entendia por saúde internacional para uma concepção de saúde global[101].

No período em que Candau esteve à frente da OMS, portanto, houve aumento do investimento e valorização da pesquisa médica, que fora sempre ressaltada em seus relatórios anuais, em palestras, conferências e outros. Muitas dessas falas estão registradas em textos próprios publicados notadamente a partir de 1959 e o investimento nesta área estava ligado, em alguns pontos, a outras ações desenvolvidas pela OMS, como a própria campanha de erradicação da malária[102].

Em discurso na reunião do Conselho Indiano de Pesquisa Médica, em novembro de 1954, Candau apresentou como era a concepção de pesquisa adotada pela OMS: a pesquisa deveria se dar em coordenação, assim o primeiro passo era juntar laboratórios nacionais de países estratégicos em um programa colaborativo; estes laboratórios concordariam em conduzir tarefas específicas designadas pela OMS instruindo-se com o Painel Consultivo de Especialistas. O Programa deveria funcionar como uma rede internacional por meio da qual ideias, informação e conhecimento fluiriam em todas as direções, sem barreiras nacionais ou de língua, sendo o papel da OMS de estimular e manter esta troca de maneira ordenada e contínua. A Organização concederia, muitas vezes, auxílio por meio de bolsas, *grants* e suprimentos, porém seu papel principal seria de assegurar que a informação vinda de todas as partes fosse comparável e seu significado pudesse ser entendido por todos. Outro papel que teria a OMS neste Programa, segundo Candau, era o de liderança, de dar início a pesquisas em áreas nas quais se percebia a necessidade de aprofundar conhecimentos para a solução de problemas em saúde. E, por fim, outro compromisso da Organização no âmbito do Programa era o estabelecimento de padrões internacionais de medidas para preparação de insumos e padrões de qualidade de vacinas [103]. Neste período, avançou-se muito na padronização de procedimentos e terminologias e comunicação das informações de saúde[104].

A pesquisa médica apareceu com frequência na pauta de discussão do DG também por conta do interesse despertado pelas duas principais potências da época: os Estados Unidos e a União Soviética. Em conversa com Wilcox, Sub-secretário de Estado do Estados Unidos, em

---

101 Brown; Cueto; Fee, 2006.
102 Candau, 1955, 1959, 1960a, 1960b, 1961a, 1961b.
103 Candau, 1955b.
104 Chadarevian, 2015, p.383.

1958, Candau foi informado de que o presidente Eisenhower anunciaria que os EUA dariam trezentos mil dólares para que a OMS elaborasse o plano para um programa de pesquisa médica intensificada e, posteriormente, mais recursos seriam concedidos. Wilcox disse que os EUA desejavam que a OMS fosse reconhecida como a agência internacional responsável pela pesquisa médica, escreveu Candau[105].

Inicialmente proposta pelos Estados Unidos, a Divisão de Pesquisa Médica foi aceita pelos Estados-membros que, na 11ª AMS realizada em Minneapolis em 1958, decidiram que a OMS deveria embarcar em um programa internacional intensificado de pesquisa médica. A Resolução WHA11.35[106] solicitou a criação de uma conta especial para condução do programa e que o Diretor-geral enviasse, para serem apresentados na 12ªAMS, um plano de atuação da OMS para promoção da pesquisa e o devido planejamento orçamentário. O Diretor-geral, em seu discurso para a plenária da 12ª AMS, que foi ocupado em boa parte por esse tema, comentou que gostaria de dar grande importância à pesquisa médica tanto do ponto de vista da qualidade quanto da quantidade. Candau também destacou a importância, para o cientista, da liberdade para conduzir sua pesquisa[107].

A partir daquele ano, 1958, o assunto também passou a ser apresentado no Relatório Anual do Diretor-geral, no qual Candau destacou que a pesquisa era parte constitucional do mandato da OMS, porém que pouca atenção havia sido prestada a essa função[108]. Nesta época, a OMS já atuava em colaboração com alguns centros de pesquisa que se debruçavam sobre problemas específicos, sobretudo relacionados às doenças transmissíveis, mas o Diretor-geral estava interessado em alargar para pesquisas sobre doenças não-infecciosas que, em suas palavras, eram trazidas à baila pela "pesquisa epidemiológica moderna", que poderia apontar caminhos para eventual controle e prevenção dessas doenças[109]. Fora, inclusive, criado o Escritório Especial para Planejamento geral da Pesquisa Médica (*Special Office for General Medical Research Planning*), ligado ao escritório do Diretor-geral, para empreender a implementação da Resolução WHA11.35. Em 1959, a 12ª AMS aprovou o plano para intensificação da pesquisa médica[110], que teria início em 1960.

---

[105] Diary of Dr Candau's visit to New York/Washington/Vancouver/Minneapolis/New York – 13 May-20 June 1958, p.4. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

[106] OR WHA 87, 1958, p.32.

[107] OR WHA 95, 1959, p.79.

[108] WHO OR 90, 1959, p. 27.

[109] Idem, p.27. "Research into the reasons for the varying geographical incidence and prevalence of such diseases as cancer, atherosclerosis, hypertension -all of which have now been brought within the scope of modern epidemiological investigation -might provide clues to their eventual control and prevention."

[110] *Intensified WHO Medical Research Programme.* Resolução WHA12.17. OR WHA 95, 1959, p.443; p.504.

Em discurso[111] proferido na Sociedade Honorária em Saúde Pública Delta Ômega[112], em 1959 e publicado em 1960, ao falar sobre as ações da OMS, Candau deu destaque à campanha de erradicação da malária – explicou que era preciso desenvolver novas tecnologias, compreender melhor o vetor e como os inseticidas agiam sobre os anófeles, entre outras ações que só poderiam avançar com pesquisas. A segunda temática tratada foi o estabelecimento em bases internacionais do programa intensificado em pesquisa médica. A própria campanha de erradicação da malária, que trazia à tona constantemente as diversas lacunas no conhecimento, foi um incentivo para a propulsão do investimento em pesquisa pela OMS.

Segundo o Diretor-geral, o projeto propunha que a OMS centralizasse as pesquisas, no sentido de ter centros próprios, buscando reunir e coordenar diferentes atividades de pesquisas que ocorriam em vários países.[113]. A proposta era bastante inovadora e apresentava uma perspectiva interessante para o desenvolvimento das pesquisas no mundo:

> Esperamos que as comunicações que estabeleceremos entre pesquisadores do mundo revelem as lacunas e destaquem as deficiências e limitações da pesquisa atual quando examinada de um ponto de vista global; que estimule a formação de núcleos potenciais de pesquisa que até agora não puderam ser desenvolvidos por falta de mão de obra, ou de dinheiro, ou ambos.[114]

Candau também destacou "a sabedoria da crença da Assembleia de 1958 na necessidade de a OMS investir em atividades de pesquisa" e, em sua argumentação, colocou a OMS como um potencial centro de disseminação de conhecimento, não somente uma Organização Internacional para coordenação da cooperação em saúde[115]:

> Nestes assuntos e em muitos outros que são preocupações para a saúde mundial, a OMS deve agir cada vez mais como um centro de organização de encontros científicos em assuntos específicos e por conduzir ou coordenar estudos que, se realizados de maneira simultânea em diferentes lugares, podem trazer resultados importantes em tempo relativamente curto e nos aproximar de soluções de problemas proeminentes[116].

---

111 Candau, 1960b.

112 Sociedade fundada em 1924 na Johns Hopkins University. Ver: < https://deltaomega.org/history/>. Acesso em 29 dez. 2022.

113 Candau, 1960b, p.5

114 Idem, p.5. No original: "We hope that the communications we shall establish between research workers of the world will reveal the gaps and single out the shortcomings and limitations of present-day research when it is examined from a global viewpoint; that it will stimulate the formation of potential nuclei of research which until now could not be developed because of lack of manpower, or of money, or both."

115 No original: "May I say, Mr President, that many important developments in the last five years have confirmed the wisdom of the 1958 Assembly's belief that further impetus needed to be given to the Organization's research activities". OR WHA 128, 1963, p.39

116 No original: "In these matters and many others which are of concern to world health, WHO must increasingly act as a centre for arranging scientific meetings on specific subjects, and for conducting or co-ordinating studies which, if undertaken simultaneously in several places, may yield important results in a relatively short time and bring us closer to the solution of certain outstanding problems." (OR WHA 128, 1963, p.39)

No discurso, o Diretor-geral ainda enviou recado indireto em relação ao contexto de Guerra Fria, afirmando que o sucesso de uma pesquisa dependia da liberdade individual do pesquisador para desenvolver seu potencial e suas ideias[117], argumento que ele já havia colocado aos Estados-membros em 1959[118]. Candau estava ciente de que havia resistência de ambos os lados com relação aos pesquisadores e funcionários indicados para organizações internacionais por conta da disputa ideológica da Guerra Fria. Os Estados Unidos temiam que as ações conduzidas ou embasadas em ideias da União Soviética pudessem levar os países à adoção do socialismo e, por outro lado, os soviéticos eram contrários ao avanço da ideologia capitalista nos países do lado Oriental e buscavam fazer frente à construção da ciência assentada essencialmente nas ideias e métodos estadunidenses.

Este recado de Candau serviria, inclusive, para o Brasil, que no período da ditadura militar perseguiu pesquisadores, artistas, funcionários de diversas áreas, levando a um número considerável de exilados[119], resultando em consequências negativas para a continuidade de pesquisas no país. Em viagem ao Brasil, entre o final do ano de 1964 e início de 1965, Candau esteve em um jantar na casa de Theobaldo Vianna, médico, representante do Brasil em algumas Assembleias Mundial de Saúde, no qual também estavam o então ministro da saúde, Raimundo de Britto, Manoel Ferreira, Rodrigues da Silva, Paulo Goes, Adhamar Soares de Carvalho e Luiz Amado, os dois últimos do Ministério das Relações Exteriores. Na ocasião, os presentes discutiram sobre as pessoas que tinham um posicionamento à esquerda no espectro político e deveriam ser excluídos do serviço público, e o Diretor-geral tomou conhecimento que Vianna tinha desempenhado importante papel nesta questão, tendo sido o responsável no Departamento de Segurança por analisar os documentos do pessoal do Ministério da Saúde. Candau também registrou no diário que Rodrigues da Silva tinha interesse em trazer Leônidas Deane para trabalhar com ele no Rio de Janeiro, porém o Ministro estava hesitante por conta das possíveis implicações políticas desta indicação. Após intensa discussão, Candau se posicionou a favor de Rodrigues da Silva e falou sobre a grande estima que a OMS tinha por Leônidas Deane e que havia oferecido a ele o cargo de Diretor do Centro de Treinamento em Malária em Manila,

---

[117] Candau, 1960.

[118] OR WHA 95, 1959, p.80.

[119] O livro O Massacre de Manguinhos (Lent, 2019) traz importante relato da perseguição sofrida por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz a partir de 1964 e das consequências para andamento da pesquisa no país, mostrando como esta não está isolada da disputa política e ideológica – e, de modo geral, das condições sociais – que permeiam o terreno no qual a ciência gera suas atividades.

Filipinas, e que estava disposto a levá-lo para trabalhar em Genebra quando ele decidisse sair do Brasil[120].

O Diretor-geral deixou claro em discursos e textos o interesse da OMS em estimular e assumir a liderança em todas as pesquisas em saúde e que a Organização deveria, a partir de 1959, depois da votação da resolução no ano anterior, intensificar suas atividades neste campo, indo além dos assuntos que já abordava tradicionalmente, como epidemiologia, estatísticas de saúde, saneamento e drogadição[121]. Neste ano de 1959, foi criado o Comitê Consultivo em Pesquisa Médica, que continuava em funcionamento até pelo menos 2010[122], tendo seu nome sido alterado para Comitê Consultivo em Pesquisa em Saúde em 1986[123].

Nos anos 1960, o investimento em pesquisa médica foi muito impulsionado na OMS – ao longo desta década, ao menos 15 resoluções foram aprovadas sobre a matéria[124] –, tanto que os recursos disponíveis para tal superavam em muito os recursos disponíveis para a erradicação da varíola, para a qual já havia uma resolução aprovada que tratava da campanha em bases mundiais. Ambas as contas ficavam dentro do Fundo Voluntário para Promoção da Saúde e, em 1961, estava disponível na Conta Especial para Pesquisa Médica o total de um milhão cinquenta e três mil oitocentos e trinta e três dólares (U$ 1.053.833,00), enquanto na Conta Especial para Erradicação da Varíola estavam disponíveis cento e vinte mil e noventa e seis dólares (U$ 120.096)[125], o valor recebido para pesquisa médica era quase 9 vezes o valor disponibilizado para a erradicação da varíola.

É curioso esse destaque que Candau dá à pesquisa em relação à campanha de erradicação da malária, pois alguns autores apontam que Fred Soper era um ferrenho defensor de campanhas de erradicação em modelo verticalizado e voltado para o uso da tecnologia, dispensando a realização de pesquisas e diminuindo a importância destas para a erradicação[126]. Candau era conhecido por ter trabalhado diretamente e indiretamente com Soper por muitos anos, tanto na campanha de erradicação da malária no Brasil na década de 1940, na Organização Pan-Americana de Saúde – quando Soper era Diretor-geral – e, posteriormente, quando Candau tornou-se Diretor-geral da OMS. Porém, os documentos e escritos de Candau não apontam para

---

120 Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 22 December 1964 to 2 January 1965, p.6-7. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

121 Candau, 1959, p.5.

122 A informação refere-se ao dado encontrado no livro da OMS, de 2010, que apresenta a história do Comitê Consultivo entre 1959 e 1999. De modo a não fugir do escopo desta tese, não foi realizado uma busca aprofundada a respeito das possíveis mudanças neste Comitê posteriormente à publicação do livro utilizado na referência.

123 Research and the World Health Organization, 2010, p.10.

124 Idem, p.13.

125 OR WHO 114 The work of WHO 1961, 1962, p. 55.

126 Cueto, 2007; Packard; Gadelha,1997; Stepan, 2019.

um alinhamento completo do brasileiro com o estadunidense, como sugere a literatura, sobretudo a que aborda a campanha de erradicação da malária conduzida pela OMS. Os textos assinados por Candau mostram que ele nutria um interesse e ânimo pelo avanço da OMS no campo da pesquisa médica e buscava incentivá-la, sobretudo pesquisas relacionadas à erradicação da malária, que enfrentava percalços por conta da resistência dos anófeles aos produtos utilizados, além de doenças ainda pouco conhecidas. É muito provável que fora influenciado pelo argentino Carlos Alvarado, funcionário da OMS em Genebra responsável pela erradicação, que achava imprescindível a pesquisa e avaliação dos progressos dos programas contra a malária.

O programa de investimento em pesquisas ia para além de fomentar novas descobertas. A proposta buscaria concretizar objetivos variados relacionados ao campo de pesquisa, como: o melhoramento da comunicação entre aqueles que estavam produzindo no campo científicos; a adoção de medidas para a padronização de terminologia, de critérios de diagnóstico, materiais e técnicas; a promoção de treinamento dos pesquisadores; a promoção de auxílio ao planejamento de programas de pesquisas e instituições; e a concessão de subsídios à pesquisa médica por meio de *grants* ou fornecimento de equipamentos e pessoal. Ou seja, as ações do Programa estavam intimamente ligadas à formação e treinamento de pessoal[127], por exemplo, campos aos quais o Diretor-geral também buscou privilegiar em sua atuação, como foi abordado em tópico anterior. Em discurso na reunião inaugural do Congresso de Saúde, em 1961, Candau defendeu que, considerando um último estágio de desenvolvimento dos serviços de saúde, que seria o planejamento para o futuro, a pesquisa extensiva seria a parte essencial e integral de um programa de saúde abrangente, uma vez que era a pesquisa que fornecia o conhecimento sobre o qual as políticas e práticas deveriam se basear seguramente[128].

O governo dos Estados Unidos consultou Candau, em agosto de 1962, sobre qual programa o país poderia desenvolver em colaboração com a URSS e o Diretor-geral respondeu que estava pensando em criar sob a égide da OMS um Instituto Internacional de Pesquisa no campo da saúde, mas disse que daria mais robustez à proposta e depois a enviaria ao país, o que agradou a Gardner, vice-secretário de Estado assistente para Assuntos de Organizações Internacionais.[129]. Curiosamente, em outubro de 1962, ocorreu a Crise dos Mísseis em Cuba,

---

[127] Candau, 1961a.
[128] Candau, 1961a, p.192.
[129] Diary of Dr. Candau's visit to New York and Mexico – 6 to 14 October 1962, p.7. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

que gerou uma enorme tensão entre os dois polos de poder e levou os Estados Unidos a ampliar a Doutrina Monroe – de interferência estadunidense em toda América[130].

A crise e, ao mesmo tempo o interesse em cooperar, mostra como a relação entre os países apresentava-se em várias camadas, ou seja, por mais que os EUA e a URSS divergissem em vários aspectos políticos, era possível cooperar em algumas áreas, até mesmo para passarem uma imagem diferente aos demais países do mundo, buscando atraí-los para sua influência. Quanto a este assunto, Candau não hesitou em se posicionar quando, em visita à então República Federal da Alemanha – Alemanha Ocidental –, em dezembro de 1962, representantes do governo alemão disseram que as potências ocidentais haviam marcado grande vitória em relação à URSS na questão de Cuba e que estavam mais unidas que antes, o Diretor-geral, por sua vez, disse que não concordava completamente com essa interpretação da situação[131].

Na 16ª AMS, ocorrida em Genebra em 1963, o Diretor-Geral fez poucos comentários sobre os assuntos discutidos pelos delegados, porém se manifestou quando da discussão sobre o Fundo Voluntário para Pesquisa Médica sobre Promoção da Saúde. Ao fazer suas considerações sobre o orçamento para 1964, Candau destacou que o desenvolvimento do programa de pesquisa médica era de grande importância e refletiu muito no crédito que a Organização ganhou, contribuindo para a atuação dessa em diversos países do mundo[132].

Em 1964, o Diretor-geral na 17ª AMS, em 1964, voltou a frisar a pesquisa, dizendo que deixou para o final de sua fala o assunto que ele considerava de maior importância para a evolução futura da OMS: a expansão de seu papel no campo da pesquisa médica. Candau informou que o grupo de cientistas assessores recomendaram a criação de um "*World Health Research Center*" sob a égide da OMS, que abrigaria cientistas de alto nível de diferentes disciplinas que trocariam ideias e se autoestimulariam, fornecendo uma abordagem conjunta aos problemas de saúde e biomédicos de complexidade sem precedentes que as próximas gerações iriam enfrentar[133]. Ainda nesta Assembleia, Candau continuou ressaltando que a expansão do papel da OMS no campo da pesquisa médica era de grande importância para o futuro da própria Organização. O delegado da URSS demonstrou, na ocasião, o apoio do país à expansão da pesquisa médica e à criação do centro de pesquisa e defendeu que as atividades laboratoriais de pesquisas biomédicas fossem concentradas apenas nos problemas

---

130 Assis, 2019.
131 Diary of Dr. Candau's visit to the Federal Republic of Germany – 4 to 8 December 1962, p.5. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.
132 OR WHA 128, 1963, p.200
133 OR WHA 136, 1964, p.50

epidemiológicos considerados relevantes pela divisão de epidemiologia, com ênfase na medicina tropical.

Em reunião com o Comitê Executivo da OMS em 1965, o Diretor-geral demonstrou sua perspicácia em atentar-se para os caminhos futuros que se delineavam na saúde e buscar implementar no presente as ações que abordassem os problemas a partir de nova perspectiva. Em sua fala, Candau argumentou que a OMS deveria mobilizar todos os recursos possíveis para dar sua contribuição na elevação dos padrões de saúde mental e física da população e que os meios que estavam sendo usados até então não eram suficientes para fazer frente aos problemas antigos e aos novos que os seres humanos estavam enfrentando no "ambiente físico, biológico e social". Continuou argumentando que não deveriam contentar-se com a aplicação dos conhecimentos e técnicas existentes, e que os recursos ainda inexplorados da pesquisa médica deveriam ser desenvolvidos em escala internacional se quisessem reduzir a crescente diferença das condições de saúde entre os países[134]. Marcos Candau, filho de Marcolino, comentou que a OMS adquiriu seu primeiro computador quando seu pai era o Diretor-geral, tendo sido um entusiasta do uso da tecnologia na saúde[135].

O Diretor-geral apontou que o Centro Global de Pesquisa em Saúde iria dedicar-se ao estudo de metodologia: à aplicação e desenvolvimento de novos métodos de comunicação para estudos epidemiológicos e pesquisa biomédica, o estudo da aplicação das ciências matemáticas e técnicas de engenharia às ciências biomédicas[136]. O Diretor-geral afirmou ainda que os especialistas concordaram que o "Centro proveria a estrutura internacional apropriada para uma pesquisa multidisciplinar sustentada no longo-prazo." Candau defendeu que as três áreas – divisão de comunicação, de pesquisa biomédica e epidemiologia – eram partes integrais do Centro e ressaltou que a aplicação de habilidades matemáticas, combinadas com tecnologia computacional, aos problemas biomédicos e à saúde eram as novas estruturas de pesquisa a serem praticadas nestas três áreas.[137]. O tema foi vivamente debatido na 35ª Sessão do Comitê Executivo, resultando na resolução EB35.R29 – proposta conjuntamente pela URSS e EUA, além de outras delegações, – aprovada por 14 delegados, nenhum voto contra e 8 abstenções.

---

134 Introdução feita pelo Diretor-geral ao item 2.7.1, "Proposal for the Establishment of a World Health Research Centre", no Executive Board 35, 1965, p.1. Rascunho de seu discurso. Pasta 5 – discursos e outros documentos. Acervo pessoal doado à Casa de Oswaldo Cruz. Não catalogado.

135 Marcos Candau fez este comentário quando de uma conversa em sua casa em São Paulo em 2019. Infelizmente não foi encontrado nenhum registro deste acontecimento. Fica, assim, como uma informação a ser confirmada futuramente.

136 EB OR 141, 1965, p.29

137 Introdução feita pelo Diretor-geral ao item 2.7.1, "Proposal for the Establishment of a World Health Research Centre", no Executive Board 35, 1965, p.3. Rascunho de seu discurso. Pasta 5 – discursos e outros documentos. Acervo pessoal doado à Casa de Oswaldo Cruz. Não catalogado.

O andamento foi que na 18ª AMS, de 1965, o Diretor-geral apresentou a Resolução de criação do Centro Mundial de Pesquisa em Saúde, que abrigaria uma divisão de epidemiologia, uma divisão de comunicação em ciência e tecnologia e uma divisão de pesquisa biomédica, conforme aprovação do Comitê Executivo[138]. Na ocasião da 18ª AMS, Candau exemplificou que o Centro seria uma complementação ao trabalho de pesquisa desenvolvido nos países e poderia servir como uma base para um sistema universal de vigilância em doenças transmissíveis[139], podendo acelerar a solução de problemas de saúde de preocupação e vitais para as nações em desenvolvimento principalmente[140].

No entanto, dezessete delegações apresentaram uma resolução diferente que alterava por completo a proposta de criação do Centro e, após diversas discussões, uma outra resolução fora adotada (WHA18.43), sem que a criação do Centro fosse aprovada[141]. A proposta acabou por resultar na criação de três entidades relacionadas à pesquisa: a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, em 1965, a rede internacional de monitoramento de reações adversas aos medicamentos e a Divisão em Pesquisa em Epidemiologia e Ciências da Comunicação da OMS, ambas criadas em 1967[142]. Para além da discussão sobre o Centro Mundial, Candau também colocou em discussão na 18ª Assembleia a participação e "apadrinhamento" da OMS na criação e funcionamento da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, resolução que fora aprovada (WHA18.44)[143].

A questão do desenvolvimento da pesquisa mostrava-se interessante, portanto, por dois motivos: o primeiro era que a pesquisa podia ajudar, inclusive, na melhoria da estratégia da campanha de erradicação da malária, como comentado por Candau, uma vez que a resistência aos produtos químicos utilizados estava se agravando; e segundo porque os EUA e a URSS mostraram interesse em participar conjuntamente da iniciativa, assim, o assunto servia de ponte entre os dois polos ideológicos. Candau deu importância e dedicou seus esforços para avançar na proposta, indicando o interesse em reforçar o caráter científico da Organização, que foi, igualmente, outro resultado positivo para outras áreas de atuação e para a OMS de modo geral.

Além disso, ao propor o desenvolvimento de centros conectados de pesquisa em diferente partes do mundo, o Diretor estava não somente reconhecendo que esta era fundamental para o avanço nas condições de saúde, mas também estava situando a OMS em

---

138 No original aparece como "*communications Science*" (OR WHA 144, 1965, p.321).
139 Se fizermos um paralelo com a situação contemporânea, a OMS buscou estabelecer exatamente um sistema internacional de vigilância para monitoramento da pandemia de covid-19.
140 OR WHA 144, 1965, p.53.
141 Idem, p.340.
142 Research and the World Health Organization, 2010, p.44.
143 Idem, 1965, p.353.

um outro lugar no cenário das organizações internacionais e inaugurando uma nova maneira de cooperação entre os países, pressupondo que estes trocassem mais do que informações, e sim contribuíssem todos para a produção de conhecimento em saúde e partilhassem os avanços.

A proposta de criação de um Centro Mundial de Pesquisa em Saúde não se concretizou como tal, não com esta denominação, porém a OMS seguiu envolvida em estudos internacionais em diferentes temáticas, envolvendo instituições de países variados e, até 1972, a OMS já havia desenvolvido uma rede de 750 centros de referência e laboratórios colaboradores, cujos projetos eram desenhados e iniciados por unidades técnicas da OMS com ajuda de consultores[144].

4.4.1 A pesquisa em câncer

A partir de 1959, a OMS iniciou colaborações para realização de pesquisa em outras áreas e a primeira delas a se consolidar foi a criação do laboratório de referência em câncer, na França. Como precedente, neste ano de 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) havia adotado a resolução 1398 (XIV) a respeito da pesquisa científica sobre câncer[145]. Candau registou em seu diário, em viagem à França, que dois representantes franceses não haviam gostado da discussão feita na Assembleia da ONU e lamentaram o fato de o assunto não ter sido encaminhado à OMS como agência especializada apropriada. Um deles, M. Revol, diretor-assistente no Ministério dos Assuntos Exteriores da França, comentou que aquela ação fora mais uma tentativa de concentrar as atividades das Nações Unidas em si mesma e mais um exemplo de interferência no trabalho das agências especializadas[146].

Não obstante, a iniciativa para pesquisa em saúde seguiu nas mãos da OMS e a pesquisa em câncer ficou bastante marcada por ter resultado na criação da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em francês). Segundo o documento que celebra os 50 anos da Agência, sua criação se deve a um jornalista francês, tocado após a perda de sua esposa para o câncer, e a um aristocrata também francês, que fez os contatos para que a ideia fosse ouvida e insistiu na necessidade de criação de um centro que estivesse voltado a pesquisas sobre a doença. A proposta chegou ao então presidente da França, Charles de Gaulle, que, após fazer uma carta aberta, com cópias enviadas para a embaixada da URSS, dos EUA e Reino Unido,

---

144 WHO, 2010, p.30.

145 UN. General Assembly. Fourteenth Session, November 1959. Resolution 1398 (XIV) International encouragement of scientific research into the control of cancerous diseases. Available at: <http://www.worldlii.org/int/other/UNGA/1959/45.pdf>. Accessed: 21 dec.2022.

146 Diary of Dr. Candau's visit to France – 21 and 22 December 1959, p.3. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

pediu que seu ministro da Saúde Pública entrasse em contato com Candau para desenvolver a iniciativa[147]. A proposta de criação da Agência estava intimamente ligada a alguns movimentos pela paz mundial e pelo uso da energia nuclear para fins pacíficos – o que foi inclusive mencionado pelo ministro da saúde da França, Reymond Marcellin[148] –, bandeiras que também eram encampadas por Candau.

O Diretor-geral registrou em seu diário sua ida à França em novembro de 1963 para discutir sobre a pesquisa em câncer após de Gaulle decidir dedicar 0,5% do orçamento da Defesa para esta área. Na ocasião, Candau comentou com o diretor-geral de Saúde da França, Eugène Aujaleu, sobre o interesse em criar o Centro Mundial de Pesquisa em Saúde (*World Health Research Centre*), indicando que a criação da Agência estaria dentro da proposta de intensificação da atuação da OMS na área da pesquisa. Na conversa com o ministro, Candau sugeriu que o governo francês oferecesse uma área próxima à Genebra para a fundação do Instituto[149], o que posteriormente foi feito, assim a IARC localiza-se em Lyon, na fronteira com a Suíça, a 149 km de Genebra. Em 1965, na 18ª AMS, os países votaram favoravelmente pela resolução WHA18.44, que instituiu a criação da Agência.

4.4.2 O uso da energia atômica na saúde

Candau apresentou muito entusiasmo com a pesquisa médica e um importante destaque foi seu interesse no uso da energia atômica neste campo, algo consideravelmente novo e sensível de tratar, considerando o contexto de Guerra Fria, demonstrando força e marcando a posição da OMS. Como mencionado anteriormente, o investimento em pesquisa e a discussão sobre o uso da energia atômica andaram juntos. Candau não hesitou em reforçar o papel da OMS na discussão sobre os efeitos da energia atômica na saúde, movimento que havia sido iniciado antecedentemente por Brock Chisholm, que colocava a discussão no âmbito do entendimento amplo de "direito à vida"[150].

Logo no início de 1955, Pierre Dorolle, vice-diretor geral da OMS, organizou a conferência de especialistas sobre os aspectos de saúde pública da proteção contra radiação[151] e, meses após, Candau deu declarações sobre a relação entre energia atômica e saúde pública,

---

147 Wild; Saracci, 2015.
148 Diary of Dr. Candau's visit to Paris – 13 November 1963, p. 2. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964
149 Diary of Dr. Candau's visit to Paris – 13 November 1963, p. 2. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.
150 Richards, 2022.
151 Hamblim, 2021, p.126.

argumentando que o planejamento antecipado era necessário para evitar os perigos na saúde pública decorrentes do novo tipo de desenvolvimento industrial possibilitado pela energia atômica e, do ponto de vista econômico, ações iniciais poderiam minimizar o custo de medidas preventivas[152]. Em sua apresentação do relatório anual na AMS de 1955, ao comentar sobre o avanço na ciência nuclear no campo da saúde, o Diretor-geral declarou que sentia que a ciência médica e a saúde pública estavam iniciando um desenvolvimento mais importante do que as mudanças geradas pela descoberta dos antibióticos ou dos inseticidas residuais[153]. Como destacou Cueto[154], apenas a discussão sobre o uso da energia atômica na medicina recebeu tanta atenção quanto a malária na 8ªAMS em 1955.

Candau escreveu, em seu texto *Ten Years of WHO*, sobre a energia atômica no campo da saúde, informando que a OMS estava buscando aplicar a experiência de treinamento, disseminação de informação científica e estímulo e coordenação de pesquisa em duas frentes: a primeira com relação ao uso de radioisótopos na medicina e na saúde pública; a segunda com vistas a buscar proteção da população contra os riscos da radiação. O primeiro passo fora dado em 1955 com o primeiro curso internacional para treinamento de pessoal sobre proteção à radiação da energia atômica, realizado em Estocolmo em parceria com o governo da Suécia e da Comissão para Energia Atômica dos EUA e em 1957 um curso semelhante a este primeiro foi realizado na Bélgica.[155]. Anteriormente, em 1956, a Assembleia Mundial da Saúde reconhecera a proteção da saúde contra a radiação como uma questão global de saúde pública[156]. É importante destacar que este assunto só entrou no rol de ações da OMS a partir do argumento de que a radiação impactava na saúde das pessoas, sobretudo nas alterações genéticas e, portanto, estava ligada à questão populacional[157], que também vinha ganhando contornos nesse período, ainda que a OMS em si não estivesse sob tanta pressão como passou a estar na década de 1960. E como bem observa Chadarevian[158], o grupo de estudos científicos sobre os efeitos genéticos da radiação do ponto de vista da população mundial foi produzido sem a participação de países da Europa oriental e da URSS.

Em 1958, na 11ª AMS, foi discutida a resolução WHA11.50, sobre o uso pacífico da energia atômica, na qual se requeria ao Diretor-geral que, considerando as negociações com a Agência Internacional de Energia Atômica e com o intuito de evitar duplicações e

---

152 Health protection against atomic radiation, 1955, p.308.
153 OR WHA 63, 1955, p.65.
154 Cueto, 2007, p.40.
155 Candau, 1958b, p.400.
156 Chadarevian, 2015, p; 365.
157 Chadarevian, 2015.
158 Idem, p.367.

sobreposições de atividades com outras agências internacionais, preparasse um plano concreto de medidas no campo da saúde do uso pacífico da energia atômica e as implicações de longo-prazo na higiene da radiação[159]. Candau argumentava pelo reconhecimento da OMS como a organização internacional que melhor podia discutir radiação no campo da saúde, e para tal, a Organização investiu em formação e treinamento profissional e estudos na área.

O plano para o desenvolvimento da área de pesquisa apresentado à 12ªAMS, em 1959, foi decidido a partir da consideração das principais questões da época e com o crescente uso da energia atômica e exposição dos seres humanos à radiação, este tema entrou para a agenda de pesquisa, incluindo o estudo dos efeitos da radiação na genética humana. Ainda que a OMS tenha trabalhado conjuntamente com a IAEA, tendo assinado com esta um acordo em 1959, as instituições disputavam a autoridade e influência nas questões relacionadas à radiação[160]: a primeira ficou responsável por promover, coordenar e auxiliar trabalhos sobre radiação no campo da saúde, incluindo pesquisas; e a IAEA ficou como a responsável primeira pela assistência, incentivo e coordenação de pesquisas e no desenvolvimento e aplicação prática da energia nuclear com fins pacíficos[161].

A questão da energia atômica foi, assim, abordada desde o início da gestão pelo Diretor-geral, permeando, inclusive, outras discussões, como o impacto da radiação na reprodução humana, o impacto da radiação no meio ambiente e consequentes efeitos na saúde humana e a produção de alimentos. Candau se mostrou um entusiasta do uso da radiação na saúde, assumindo um posicionamento de vanguarda e ousado, considerando o cenário de disputa. O uso da radiação ganhou um incentivo para ser pesquisado e aprimorado ao receber esse endosso da OMS, e, com o tempo, passou a ser indispensável na área da saúde para prevenção e tratamento de doenças.

4.5 Planejamento Familiar

O cenário mundial do pós-Segunda Guerra era de grandes transformações, dentre elas a demográfica. Alguns países, como os Estados Unidos, viam sua população crescer rapidamente – período chamado *baby boom* –, bem como observavam uma redução na taxa de mortalidade por conta dos avanços médicos-sanitários, como a descoberta de novos medicamentos e o

[159] OR WHA 87, 1958, p.40.
[160] Candau seguiu pressionando por uma atuação mais ampla da OMS no campo da radiação, como mostram as cartas trocadas com representantes da Agência. Ver Richards, 2022, p.152; Hamblim, 2021, p.127-128.
[161] OR WHA 95, 1959, p.533.

aprimoramento de técnicas de cuidado[162]. Ao mesmo tempo, os países do chamado Terceiro Mundo também tiveram decréscimo na taxa de mortalidade com as campanhas de erradicação, como a da malária e da varíola[163], conduzidas mundialmente pela OMS, como apresentado nos Capítulos 02 e 03 respectivamente, mas mantinham elevadas taxas de natalidade, o que se somou à pressão feita por países, agências e fundações privadas nos anos 1960 para que a OMS passasse a abordar a questão do crescimento populacional e apontar uma posição[164].

Ainda neste cenário do Pós-guerra, nos anos 1950, os costumes sexuais estavam em modificação, passando por um afrouxamento nos Estados Unidos onde o controle de natalidade tornou-se mais aceitável entre a classe média no âmbito privado. Ademais, havia fragmentos da política de disseminação das ideias de controle de natalidade entre a classe trabalhadora dos anos 1930, após a Grande Depressão, que resultaram na criação da *Planned Parenthood Federation* em 1942. Um dos argumentos que sustentava a ideia do planejamento familiar e estava alinhado às mudanças tecnológicas que o mundo estava assistindo no momento era que a "vida moderna era baseada no controle e na ciência", assim, a ideia era que a população passasse a ver o controle de natalidade como algo normal e que, como outras atividades da vida, poderia ser controlado. Como apresentava um pôster sobre planejamento familiar:

> Nós controlamos a velocidade dos nosso veículos. Nós controlamos as máquinas. Nós tentamos controlar as doenças e a morte. Deixe-nos controlar o tamanho de nossa família para assegurar saúde e felicidade[165].

A partir desse momento, planejamento familiar passou a ser a expressão usada e melhor aceita em substituição a controle de natalidade. Ainda que relatórios dos governos abordassem essa questão do aumento assustador da população, os principais impulsionadores e apoiadores do assunto eram fundações e organizações privadas[166].

Estas fundações, como a Ford e Rockefeller, passaram a financiar estudos de população para fortalecer as bases da proposta de planejamento familiar. Após pouco tempo, o governo também começou a investir nestes estudos e as disciplinas de demografia e ciências sociais correlatas passaram a sustentar a ideia de promover modelos de planejamento familiar como solução para a crise demográfica[167].

Já no início de seu mandato como Diretor-geral, Candau fora questionado pela Fundação Rockefeller a respeito de sua posição quanto ao tema: em conversa com Dean Rusk e Robert

---

[162] Pires-Alves et al, 2010.
[163] Packard, 2016.
[164] Cueto et al, 2019.
[165] Gordon, 1977, p.345 apud Hartmann, 1997, p.529.
[166] Hartmann, 1997.
[167] Idem, 1997; Packard, 2016.

Burden em 1954 em Genebra, estes questionaram qual seria a atitude de Candau como representante da OMS sobre o controle de natalidade. O brasileiro sagazmente olhou para o relógio e disse "muito obrigado, senhores". Esta deve ter sido uma brincadeira, pois o registro no diário de Burden continua, informando que Candau calara por um momento e depois explicou que estava ciente do problema populacional e de alimentos e disse que sentia que as outras agências da ONU estavam fundamentadas quando o acusavam de causar mais problema do que solucionava no Sudestes Asiático. Continuou que ele estava preparado para enfrentar o problema, porém que, sob as regras da OMS, ele precisava agir conforme as instruções aprovadas pela Assembleia Geral. O Diretor-geral afirmou ainda que, até aquele momento, ele deveria manter-se distante deste assunto e comentou que, em tentativas anteriores de abordar o assunto cientificamente, a resposta emocional por parte de alguns países impedia a OMS de associar-se a qualquer iniciativa de controle de natalidade[168].

Nos anos 1960 as ideias Malthusianas ressurgiram, alimentando o temor da falta de alimentos por conta da população crescente[169]. Ademais, estas ideias sustentavam o entendimento de que o aumento populacional era a causa da pobreza, visto que, segundo essa concepção, governos se viam forçados a direcionar seus recursos para suprir as necessidades relacionadas a esse crescimento e, por esse motivo, não conseguiam investir nas áreas essenciais para a promoção do desenvolvimento nacional. Assim, ao final, a superpopulação e escassez de alimentos compunham um caminho fértil para o avanço do comunismo[170]. Havia também o medo por parte dos países mais ricos, da instabilidade política e social que poderia ser gerada nos países do Terceiro Mundo, considerando a criação do Movimento dos Não-alinhados, o momento de nacionalismo latino-americano e a Revolução Chinesa[171], por exemplo.

A partir da segunda metade de 1960 nos Estados Unidos, a questão populacional passou a ser relacionada à crise de alimentos, e, com a publicação do texto "Food for Freedom bill", o governo pôde direcionar alimentos e recursos para os programas de planejamento familiar no Terceiro Mundo[172] e, como o próprio nome da lei indica, o fornecimento de comida vinha para salvaguardar a liberdade dos países, frente ao possível controle comunista. Os Estados Unidos se tornaram o maior financiador de programas de controle populacional nos anos 1960, década em que exerceram grande pressão na ONU para que o tema fosse abordado, o que resultou na

---

168 RPB diary, October14, 1954, Marcolino Gomes Candau. RF RG 2 1954 (General Correspondence) Series 100 Box 8 Folder 57. Title: United Nations-World Health Organization, July-December; Van Dyke; George E.; Warren, Andrew J. 1954. Rockefeller Archives Center.

169 Packard, 2016.

170 Farley, 2008; Cueto et al, 2019.

171 Gordon, 1977, p.44 apud Hartmann, 1997, p.530

172 Hartmann, 1997.

construção de uma estrutura de apoio multilateral, dentro da Organização, para as questões populacionais, o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA, na sigla em inglês)[173].

No caso da OMS, Candau tentou adiar ao máximo possível o assunto, que fora motivo de polêmica quando Brock Chisholm[174] era o Diretor-geral. O canadense concordava que o assunto deveria ser discutido pela OMS e defendia que a Organização precisava agir a respeito da questão. No entanto, o Vaticano e países fortemente católicos, como Irlanda, Itália e Líbano, atacaram a pauta, argumentando que a questão populacional não estava relacionada à saúde e que, portanto, não deveria ser discutida pela OMS que, caso o fizesse, estaria trazendo uma discussão política para a arena técnica que era característica da Organização[175]. Estes países, organizados, conseguiram com que Brock Chisholm abandonasse o assunto, que só foi retomado por Candau depois de muita insistência de outros países, especialmente os EUA e os países escandinavos. As mensagens trocadas internamente a respeito dos convites feitos pela *International Union of Family Organizations* mostram que a OMS evitou abordar o assunto nos anos 1950[176].

Em visita aos Estados Unidos em 1959, por ocasião da reunião da *American Public Health Association* (APHA, na sigla em inglês), Candau foi chamado para uma reunião com Eisenhower, que iniciou a conversa dizendo o quanto apreciava o trabalho da Organização, porém, quando o Diretor-geral mencionou a necessidade de expandir as ações de erradicação da malária para a África – sobretudo de treinamento de pessoal –, o presidente dos EUA contou uma história sobre a falta de arroz para o Exército nas Filipinas e disse que o mundo estava enfrentando o problema do crescimento populacional como consequência do trabalho que estava sendo feito pela OMS e emendou com a questão do controle de natalidade. Candau comentou com Eisenhower sobre a visita que havia feito à Índia em dezembro de 1958, em que conversou com o primeiro-ministro, Jawaharlal Nehru[177], que expressara o desejo de ter uma pílula para controle populacional. Na conversa com o presidente dos EUA, o Diretor-geral

---

173 Hartmann, 1997; Cueto et al, 2019, p.160.

174 O livro de Farley (2008) apresenta a posição de Brock Chisholm a respeito de diversas temáticas, dentre elas a questão populacional, uma das mais polêmicas para a OMS e para a própria figura de Chisholm, que tinha uma posição bastante progressista a esse respeito e defendia inclusive esterilização compulsória e eutanásia (p.173).

175 Mumford, 1996

176 Há diversas correspondências trocadas entre a *International Union of Family Organizations* e a OMS, bem como memorandos internos, que mostram que a Organização não tinha intenção de mandar representantes para as reuniões da União Internacional. Arquivo OMS, localização F8_86_2 – Family Planning.

177 Diary of Dr. Candau's visit to the United Nations, to the Pan American Sanitary Bureau/WHO Regional Office for the America and the American Public Health Association Meeting in Atlantic City -10 October to 22 October 1959, p.11. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

comentou sua visão sobre o assunto, argumentando a respeito das dificuldades sociais dessa pílula, sendo a primeira delas o fato de que a população de um modo geral não iria tomá-la, mas sim as camadas mais educadas. Eisenhower mostrou surpresa com o argumento e comentou que seria interessante que os mais educados tomassem a pílula uma vez eles já estavam confortáveis em suas situações e eram menos produtivos em termos de ideias, enquanto a população das camadas mais baixas precisava usar toda sua habilidade e imaginação para melhorar a vida e seria, portanto, mais valiosa para o país no longo prazo[178].

O argumento de Eisenhower deixa claro que a proposta americana era atuar na saúde com um olhar na economia, não por alinhamento com as ideias expressadas na constituição da OMS em que se fala da mais alta condição de saúde como um direito de todo ser humano. Ou seja, para os estadunidenses, a preocupação era que houvesse mão-de-obra disponível para a promoção do desenvolvimento econômico, como ele havia mencionado anteriormente na história dos soldados na Filipina, sem que houvesse qualquer preocupação com a qualidade de vida que estas pessoas poderiam alcançar. Candau escreveu em seu diário, após essa fala de Eisenhower, que agradeceu ao presidente o apoio na campanha de erradicação da malária. O Diretor-geral não avançou na discussão do assunto.

Com relação à visita ao Nepal, Índia e Ceilão (atual Sri Lanka) em 1958 – mencionada à Eisenhower – o Diretor-geral registou em seu diário que percebeu que a questão do crescimento populacional estava ficando cada vez mais séria e que não sabia até quando a OMS poderia se abster de discutir este assunto, pois as responsabilidades da Organização estavam ficando cada vez mais patentes e que seria preciso enfrentar o problema antes do que imaginavam[179].

Candau viajava bastante, o que lhe permitia ouvir diretamente as necessidades dos países e opiniões dos diretores e outros representantes a respeito das ações da OMS ou sobre a visão que tinham no desenvolvimento de suas ações em saúde, seja na pesquisa ou no serviço oferecido à população. Em viagem ao Paquistão, em 1960, os representantes do governo apresentaram em detalhes a Candau o programa de planejamento familiar, para o qual o Brigadeiro Sharif, Diretor-Geral de Saúde do país, manifestou interesse em ter a assistência da OMS para a implementação. Candau, escreveu em seu diário que, na ocasião, buscou deixar

---

[178] Diary of Dr. Candau's visit to the United Nations, to the Pan American Sanitary Bureau/WHO Regional Office for the America and the American Public Health Association Meeting in Atlantic City -10 October to 22 October 1959, p.12. PASTA 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964

[179] Diary Of Dr. Candau's Official Visit To Nepal And Ceylon With Stops At Karachi, Calcutta New Delhi And Madras. 25 November to 9 December 1958, p.24.

bem claro que a OMS não estava em posição de ajudar e fez um resumo sobre o que aconteceu quando a AMS abordou o assunto havia alguns anos e informou-os que, se o governo do Paquistão quisesse ter qualquer ajuda da OMS, o assunto teria de ser reaberto na Assembleia e ele, Candau, teria que recolher instruções antes de poder oferecer ajuda a qualquer país nesse sentido, e sugeriu que o governo procurasse apoio junto a outras fundações ou governos, como o da Suécia, que estava interessado no assunto[180]. O Paquistão era um dos países que apoiavam e requeriam o envolvimento da OMS na questão populacional.

Em 1962, em viagem a Washington, Candau conversou com Richard Gardner, *Deputy Assistant Secretary of State Department for International Organization Affairs,* que também destacou ao Diretor-Geral que a "explosão populacional" era um problema que estava preocupando o Departamento de Estado e pediu a Candau que enviasse um histórico sobre como a questão do controle de nascimentos estava sendo tratada pela OMS até então. Os Estados Unidos estavam preocupados com o posicionamento dos países escandinavos, mais especificamente, com os suecos, que adotaram uma postura afrontosa na questão do crescimento populacional que, segundo Gardner, constrangia até mesmo o próprio governo estadunidense[181].

Na 16ª AMS, realizada em Genebra em 1963, um dos assuntos discutidos foi a resolução sobre o financiamento da pesquisa médica no âmbito do Fundo Voluntário para Promoção da Saúde e um dos tópicos prioritários de pesquisa sugeridos por Candau foi reprodução humana[182]. O delegado dos Estados Unidos, Dr. Terry, elogiou as sugestões do Diretor-geral e comentou que os EUA prometeram incrementar a contribuição voluntária com quinhentos mil dólares, porque considerava que havia uma lacuna de conhecimento científico sobre reprodução humana[183]. A tentativa de iniciar uma discussão sobre planejamento familiar colocada pelo delegado dos Estados Unidos não teve resultado e também não foi reforçada por Candau, que fez um breve comentário destacando seu desejo de que os países contribuíssem não somente com recurso financeiro, porém com a concessão de bolsas de treinamento (*fellowships*) para trabalhadores da saúde de áreas menos desenvolvidas e fez um apelo para que os delegados

[180] Diary of Dr. Candau's visit to Pakistan – 20 to 27 February 1960, p.3. Pasta 2: Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau From April: 1959 to June 1964

[181] Diary of Dr. Candau's visit to Brazil and the United States of America – 11 to 30 August 1962, p.11-12. Pasta 2 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964

[182] Candau sugeriu quatro áreas de pesquisa: imunologia, reprodução humana, avaliação de medicamentos e contaminação microquímica do ambiente. OR WHA 128, 1963, p.253.

[183] OR WHA 128, 1963, pp.253-254

fizessem todos os esforços para encorajar seus governos a providenciarem meios para o desenvolvimento de intercâmbios e treinamento de trabalhadores da saúde[184].

O Diretor-geral foi novamente pressionado em uma de suas viagens – Londres, em 1964 – onde, em encontro com a ministra do Desenvolvimento Ultramarino, Barbara Castle, esta "dissertou" – como Candau registrou em seu diário – sobre planejamento familiar e controle de natalidade e expressou sua incompreensão de porquê os países não estavam realizando pedido de assistência nestes assuntos, uma vez que o governo do Reino Unido havia decidido que estes dois temas comporiam parte da ajuda bilateral disponível. Candau, então, explicou que considerava que o desenvolvimento desses programas dependia mais da construção da motivação junto à população do que do auxílio financeiro ofertado e que havia outras instituições que já estavam financiando projetos nesses assuntos, como a Fundação Ford e Rockefeller, além do governo da Suécia[185].

Com essa pressão continuada, era preciso que o tema passasse a ser enfrentado pela OMS. Foi a partir de 1965, na 18ª AMS, que o debate sobre os aspectos de saúde das questões populacionais começou a ganhar corpo. Candau apresentou, então, o relatório das ações conduzidas pela OMS neste campo, apontando que o Programa de Pesquisa Médica, aprovado na Assembleia anterior de 1964, mencionava a pesquisa em reprodução humana e demais atividades que se restringiam principalmente a estudos e levantamentos; o Diretor-geral complementou que o Relatório continha a Resolução 1048 (XXXVII), sobre o problema populacional, adotado pelo Conselho Econômico e Social em 1964 em sua trigésima sétima sessão, e pediu o aconselhamento da Assembleia sobre os futuros desenvolvimentos[186].

A discussão entre os representantes foi acalorada, como era de se esperar em tema tão polêmico, porém os delegados conseguiram aprovar a Resolução WHA18.49, a partir da qual a Organização começou a estruturar seu planejamento de atividades em relação aos aspectos de saúde na questão da dinâmica populacional, incluindo desenvolver estudos sobre aspectos médicos da esterilidade e métodos de controle da fertilidade e aconselhamento técnico sobre aspectos da reprodução humana[187]. Importante ressaltar que havia essa preocupação em apresentar que a atuação da OMS neste assunto restringia-se aos aspectos da saúde, ponto reforçado por diversos delegados.

---

[184] Id., 1963, p.254
[185] Diary of Dr. Candau's visit to London and Vienna – 7-11 December 1964, p.2. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.
[186] OR WHA 144, 1965, p.361.
[187] Id., 1965, p.375.

Em março de 1966, Candau foi ao Vaticano com o objetivo de azeitar a conversa com os líderes sobre a questão populacional. Novamente Candau ressaltou a importância do treinamento de pessoal médico e paramédico e o estabelecimento de serviços de saúde em cada país, preparando o terreno para discutir a questão populacional. O Pontificado contava, inclusive, com uma Comissão sobre Controle de Natalidade. Em conversa com o Papa João Paulo VI, o Diretor-geral falou que se encontrava em uma situação difícil porque havia grande pressão de grupos com opiniões divergentes e explicou que, como médico, duas coisas o preocupavam mais: o aumento do número de abortos ilegais e a maneira como algumas campanhas estavam sendo conduzidas pelos responsáveis sem consideração pela ética médica. Candau se colocou como médico, buscando ressaltar seu olhar "técnico" para a questão e levantou um ponto sobre ética, no intuito de deixar pouca margem para o pontífice colocar-se contrário ao que estava sendo dito. Restou ao Papa dizer que entendia que o problema era complexo e que era preciso ter paciência para chegar à solução correta, mas ressaltou que a Igreja não admitiria o aborto como uma solução. Em outro momento, um representante da Igreja e membro da Comissão teve de admitir que, do ponto de vista moral, era melhor praticar controle de natalidade que aborto[188].

Na 19ª AMS, de 1966, o assunto foi novamente bastante debatido e um avanço proposto em Resolução era permitir que a OMS enviasse a campo, quando solicitada, especialistas para aconselhar no planejamento e execução de programas, treinamento de pessoal e também no programa de avaliação na área de planejamento familiar e outras questões populacionais; além de solicitar ao Diretor-geral um estudo sobre como serviços de planejamento familiar podiam ser integrados no planejamento geral de saúde – particularmente nos serviços de saúde materna e infantil[189], o que já estava sendo feito em alguns dos países do Comitê que estudava a questão, como destacou Candau.

O Diretor-geral argumentou, na discussão sobre as Resoluções apresentadas, que muitos países estavam direcionando recursos da saúde pública para ações específicas em planejamento familiar, o que ia de encontro com a posição de Candau, que defendia que a OMS deveria lutar para a melhoria dos serviços de saúde considerando o planejamento familiar como parte integral destes[190]. Para o Diretor-geral, se a questão fosse somente a redução da população, "seria muito difícil para uma organização internacional ser parte desta decisão". O Diretor-geral destacou

[188] Diary of Dr. Candau's visit to the Holy See – 8 to 11 March 1966, p.5-6. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.
[189] OR WHA 152, 1966, p.368.
[190] Idem, p.383-384.

que em alguns pontos, como a esterilização, a situação dos países desenvolvidos e daqueles em desenvolvimento era diferente, pois com serviços de saúde escassos, estes últimos dificilmente conseguiriam reverter procedimentos de esterilização, o que certamente poderia ser feito nos países mais ricos; ou seja, a "[r]eversibilidade [de procedimentos de esterilização] dependia do grau de desenvolvimento dos serviços médicos". Por fim, Candau concluiu que promover o planejamento familiar em detrimento dos serviços de saúde não era uma decisão de uma organização internacional atuante na área da saúde, o que era indesejável do ponto de vista técnico e os delegados deveriam ter isso em mente quando da votação da Resolução[191]. A Resolução WHA19.43, posicionando atividades de planejamento familiar como parte dos serviços de saúde, foi aprovada por sessenta e quatro países, tendo havido dezenove votos contra, dentre eles os países Nórdicos, Estados Unidos e Reino Unido[192]. A partir de 1966 o assunto "planejamento familiar" foi consolidado na agenda: a OMS iria tratar da questão e desenvolver ações na área.

Na 21ª AMS, de 1968, Candau comentou que, no ano anterior, a Organização havia embarcado na busca por soluções aos complexos problemas relacionados aos aspectos de saúde da dinâmica populacional, planejamento familiar e reprodução humana e ressaltou que, como para outros programas da OMS, o progresso no setor dependia sobremaneira da efetividade dos serviços de saúde. O Diretor-geral apontou as diferentes iniciativas tocadas com relação ao planejamento familiar – que eram separadas da questão demográfica – como: os aspectos médicos da regulação da fertilidade, a efetividade e segurança dos contraceptivos, o diagnóstico e terapia para esterilidade, aspectos de saúde do abortamento, entre outros; e destacou que "era dispensável dizer que todo este trabalho deveria ser planejado tendo em conta os fatores sociais e culturais característicos dos países em questão"[193]. Neste mesmo ano, o Diretor-geral informou que, em 1967, programas de orientação sobre aspectos da saúde da reprodução humana, planejamento familiar e dinâmica populacional haviam sido ministrados para assessores regionais selecionados e que a preocupação era inserir esses assuntos em currículos apropriados para as escolas de medicina, enfermagem e saúde pública[194].

As experiências com os programas e campanhas anteriores geraram aprendizado a respeito da maneira de planejá-los e conduzi-los e isso fica claro nos discursos de Candau que, já nos anos 1970, apontam no sentido da importância de ouvir os países menos desenvolvidos

[191] Idem, p.384.
[192] Idem, p.389.
[193] OR WHA 169, 1968, p. 83-84.
[194] Idem, p.84.

a respeito de suas necessidades, ao invés de se chegar com diretrizes prontas elaboradas pelos especialistas das Organizações. O Diretor-geral buscava deixar isso claro ao conversar com os países desenvolvidos e com os menos desenvolvidos sobre o programa de planejamento familiar. Em visita à República Federal da Alemanha, em 1970, país entusiasta da proposta, Candau comentou com o ministro da saúde que era preciso considerar os aspectos de saúde ao tratar do programa de planejamento familiar – que muitas vezes era discutido como se não envolvesse a própria saúde – e argumentou que não era possível ser bem-sucedido se os países em desenvolvimento não tivessem uma rede adequada de serviços de saúde[195]. Para Candau, o estabelecimento de serviços básicos de saúde nos países deveria vir antes de se pensar em programas de planejamento familiar, porque, em seu entendimento, as ações do Programa seriam oferecidas nestes serviços. Ademais, era preciso formar pessoal de saúde apto a tratar da questão.

Uma vez que Candau passou a abordar planejamento familiar na OMS, o seu discurso trazia junto o reforço à necessidade de promover a formação e treinamento de profissionais para lidar com as questões relacionadas ao planejamento familiar no âmbito dos serviços gerais. Esta ligação com os serviços de saúde era crucial, como afirmou Candau em 1970, na 23ª AMS, em Genebra. O Diretor-geral informou aos delegados que a integração do planejamento familiar aos serviços gerais de saúde pública estava se tornando prática comum, e que os estudos epidemiológicos mostravam que a população aceitava o planejamento familiar somente quando o via como meio de melhorar a saúde e estabilidade da família[196]. Candau incorporava reiteradamente a discussão sobre o treinamento profissional e pesquisa na questão do planejamento familiar e afirmava que o futuro das ações nesta última área dependia do avanço nas duas primeiras esferas.

Nos anos 1970, uma outra mudança na discussão foi o argumento para o desenvolvimento de ações de planejamento familiar. Ao final dos anos 1960, uma das justificativas era que o planejamento familiar deveria ser pensado no âmbito da saúde porque, desta maneira, a população aceitava melhor as ações e que estas melhoravam a saúde da família e da mulher e da criança, de modo geral. Nos 1970, o discurso passou a incluir o argumento de que ter muitos filhos era prejudicial para as mães, que não conseguiam ter o espaço ideal para a criação e desenvolvimento da criança, além de representarem um peso na saúde da genitora; e incluir a questão da desnutrição infantil, a respeito da qual a OMS trabalhava em parceria com

[195] Diary of Dr. Candau's visit to the Federal Republic of Germany – 14 to 18 December 1970, p.2. Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972
[196] OR WHA 185, 1970, p.48

a FAO e a UNICEF. Considerando esta perspectiva, a OMS passou a investir em pesquisa e em treinamento, com contribuição da Autoridade Sueca para o Desenvolvimento, na área de reprodução humana[197], ou seja, a partir dos anos 1970, a discussão sobre planejamento familiar passou a incorporar o controle de fertilidade de maneira mais aberta e pesquisas sobre outros aspectos da reprodução humana, como a genética. Neste período, os países componentes da OMS aceitavam majoritariamente e implementavam ações de planejamento familiar.

Nesta década, as discussões também se voltaram para busca do propósito e significado do desenvolvimento, esvaindo-se a ideia vigente nos anos 1960 de que o foco direcionado para o crescimento econômico beneficiaria os pobres, e entrando em voga a busca por atingir as necessidades básicas dos seres humanos, como alimentação, moradia, educação e saúde. Nesta nova perspectiva trazida pela ideia de atingimento das necessidades básicas, os especialistas liberais viam a possibilidade de integrar ações de planejamento familiar, programas para as mulheres e educação, o que levaria à redução das taxas de natalidade e, com as ajudas externas, buscar fornecer o necessário para as populações sem que, com isso, houvesse alteração na ordem social [198].

Esta concepção explica por que o programa estendido de pesquisa em reprodução humana tornou-se, em termos financeiros, o maior esforço capitaneado pela OMS até 1972. O programa desenvolvia diversas linhas: pesquisa básica em biomedicina reprodutiva, testes clínicos de agentes reguladores de fertilidade e pesquisa em outras disciplinas, além de conter forte componente de treinamento em pesquisa[199]. A questão da reprodução humana e as dinâmicas populacionais passaram a ser discutidas em relação com o problema ambiental, que estava assumindo proeminência na agenda da OMS. Este investimento não correu, porém, sem críticas: o delegado da URSS, professor Petrovskij, argumentou que não concordava que estudos de reprodução humana e métodos de redução de natalidade continuassem como o maior programa da OMS[200]. A discussão não avançou muito além desta manifestação, e o mesmo ocorreu na última Assembleia Mundial da OMS presidida por Candau, em 1973, a vigésima sexta, na qual o assunto não fora debatido, até mesmo pelo fato de que outras temáticas ganharam espaço na agenda em detrimento da pesquisa sobre reprodução humana.

Como pôde-se observar ao longo das atas e registros de viagem, ainda que a questão do planejamento familiar fosse um assunto delicado para a OMS, e mais especificamente para

[197] OR WHA 194, 1971, p.44.
[198] Hartmann, 1997.
[199] OR WHA 202, 1972, p.51.
[200] Idem, p.133.

Candau, que contava com o apoio do Vaticano e de países católicos, como os latino-americanos majoritariamente, o assunto tornou-se inevitável ao final dos anos 1960 e início dos anos 1970, pois o número de países que passaram a fazer demandas de assistência para o desenvolvimento das próprias atividades de planejamento familiar foi crescendo, como informava o próprio Diretor-geral[201,202].

Certamente a discussão e o desdobramento das ações de planejamento familiar foram importantes para impulsionar a ênfase que o Diretor-geral dava na questão do desenvolvimento dos serviços gerais de saúde nos países. Candau não tratou do assunto relativo às dinâmicas populacionais de maneira isolada das demais ações de saúde, sobretudo considerando a saúde materna e infantil, ou se pode até mesmo dizer da "saúde da mulher" – ainda que este termo não fosse utilizado nesta época –, considerando que a OMS estava preocupada com a segurança das medicações contraceptivas e outras questões relacionadas especificamente às mulheres, não necessariamente grávidas. Importante lembrar também que foi nos anos 1960 que a Organização enfrentou o sério problema relacionado ao uso da talidomida por mulheres grávidas.

4.6 A diversificação da agenda ao longo dos anos

Candau era uma pessoa de convicções fortes, porém um hábil negociador, duas características importantes para um Diretor-geral de uma Organização Internacional, sobretudo em um período de tensionamentos, como o período da Guerra Fria. Horwitz, em certa ocasião, cumprimentou-o pela habilidade em falar verdades impalatáveis sem perder a sensação amigável da audiência[203]. Destas características resultou que Candau conseguiu, até certo ponto, colocar na agenda temas que considerava relevante para a saúde, provocando as discussões e concretizando diversas ações, como ocorreu com o assunto de desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde, da formação e treinamento profissional, do desenvolvimento de centros de pesquisa ou uso de energia atômica pacificamente pela área da saúde. Outros temas mais complicados, como o planejamento familiar, que foi protelado por um tempo, e mesmo o desenho da campanha de erradicação da malária, que foi bastante forçado pelos malariologistas e pelos Estados Unidos, foram desenvolvidos sem grandes perdas políticas para

[201] OR WHO 180 The work of WHO 1969, 1970.
[202] OR WHA194, 1971, pp.43.
[203] Candau, 1959d, p.12.

a organização e, ainda que alguns países tenham conseguido deixar marcas próprias em algumas diretrizes, o Diretor-geral conseguiu acomodar interesses distintos e tocar as ações da maneira desejada.

O que se percebe é que a sua visão da saúde era uma visão ampla, no sentido de entender a saúde como uma questão que perpassava por outras áreas de discussão e que, portanto, deveria ser discutida também nestas diferentes áreas. Essa visão, por outro lado, não se transmutava completamente em ação, porque o Diretor-geral percebia bem até que ponto ele podia empurrar para esse olhar mais abrangente sem gerar conflitos com os Estados Unidos e alguns países europeus. Em conversa com o representante do International Bank, em 1959, em Nova York, para entender como funcionaria a *International Development Association*, Candau comentou que talvez os representantes estivessem subestimando o mais importante fator nas atividades propostas na discussão: o desejo e necessidades dos próprios países. Ou seja, o Diretor-geral via a necessidade e importância de escutar e compreender quais eram as demandas colocadas pelos representantes dos países e convencê-los a adotar certas medidas ou aceitar algumas parcerias.

Ainda naquela conversa, Candau perguntou se projetos de fornecimento de água, por exemplo, seriam elegíveis para receber financiamento e o presidente do *International Bank*, Mr. Black, respondeu que, quando o Paraguai solicitara financiamento para um projeto de provisão de água em Assunção, o Banco considerou que esta não era a ação mais importante para o país naquele momento, eis que Candau respondeu que percebeu que a OMS teria de gastar um tempo para educar o Banco a respeito da importância do fornecimento de água para o desenvolvimento de um país[204]. Estas falas de Candau são ilustrativas de sua postura altiva frente a um parceiro internacional de peso e, ao mesmo tempo, sua argumentação mostra um entendimento de saúde para além do tratamento de doenças.

Ademais, como apontado em seu livro, Siddiqi[205] relembra que o artigo 37 da Constituição da OMS informa que "No cumprimento de suas obrigações, o Diretor-geral e o secretariado não devem buscar nem receber instruções de nenhum governo ou de qualquer autoridade externa à Organização"[206]. Ainda à luz da discussão com o *International* Bank, pode-se dizer que Candau buscou, sempre que possível, resguardar a OMS das pressões externas, seguindo o que estava na Constituição.

---

[204] Candau, 1959d, p.2-3

[205] Siddiqi, 1995, p.58.

[206] No original: "In the performance of their duties the Director-General and the staff shall not seek or receive instructions from any government or from any authority external to the Organization" WHO Constitution. Art. 37, p.10

A partir da metade dos anos 1960 houve uma mudança no foco da agenda da OMS e as propostas mais amplas de atuação na saúde, que vinham desde sua constituição, voltaram a ter espaço prioritário em substituição às ideias de grandes campanhas de erradicação que marcaram os anos de 1950. Assim, com a atuação da OMS na pauta de planejamento familiar, Candau puxou juntamente as discussões sobre formação profissional e desenvolvimento dos serviços de saúde, ideias que não haviam sido deixadas completamente de lado por ele, mas que, naquele momento, tiveram uma janela de oportunidade para somarem-se como assuntos prioritários.

O próprio livro da Organização Mundial da Saúde, publicado em 1958, dá pistas sobre esse caminho de mudanças na agenda já no sumário, que começa com as doenças transmissíveis, passando pela nutrição, saúde mental, serviços de saúde, higiene materna e infantil e formação profissional e treinamento – ou seja, fazendo a passagem para assuntos mais abrangentes, não necessariamente ligados às doenças transmissíveis[207]. E, considerando esta organização dos capítulos do livro, é possível ver que o treinamento, formação profissional e o desenvolvimento dos serviços de saúde foram temáticas que vieram antes da pauta de planejamento familiar entrar de vez na agenda a partir de 1965, quando, então, Candau passa a insistir que não seria possível conduzir certas ações da OMS sem defender e contribuir para que os países tivesses serviços de saúde nacionais disponíveis para desdobramento das primeiras.

Já ao final dos anos 60, Candau assumiu uma postura mais assertiva com relação ao desenvolvimento das ações da OMS e ressaltou em diversos momentos em suas visitas a diferentes países, sobretudo quando estava em um país desenvolvido, que os programas de cooperação deveriam ser implementados a partir da manifestação de interesse dos países de destino e de modo a atender às necessidades apontadas por eles, não com uma cartilha vinda dos países ricos e imposta aos menos desenvolvidos.

Nos anos 1970 a mudança no cenário político, econômico e social impactou, obviamente, nos discursos e discussões na OMS. Neste período, os países africanos libertaram-se majoritariamente do regime colonial, que deixou profundas marcas em suas sociedades. As Nações Unidas decidiram, pela segunda vez, que os anos 70 seriam a Década do Desenvolvimento, e a saúde aparecia cada vez mais como impulsionadora do desenvolvimento nos discursos dos atores internacionais. A questão ambiental assumiu um importante lugar na agenda da ONU e da própria OMS, considerando a forte imbricação entre saúde e meio ambiente. Candau, que trazia a discussão sobre saneamento e acesso à água potável com frequência em seus discursos e encontros com representantes dos países, não hesitou em

[207] OMS, 1958

incorporar a discussão sobre as questões ambientais na agenda, ainda que tenha resistido muito a condenar o DDT e recomendar a interrupção do uso no combate à malária, tema que pode ser bastante interessante para aprofundamento em outra pesquisa.

A leitura dos relatórios e textos da OMS e de sua autoria permitem perceber que Candau iniciou sua gestão como Diretor-geral com muito ímpeto para desenvolver ações que eram preconizadas quando da constituição da OMS, com olhar voltado para fortalecimento das administrações nacionais de saúde e estruturação de serviços de saúde nos países, a despeito das diversas críticas que podem ser feitas a respeito da abordagem da OMS[208]. No entanto, as demandas trazidas pelos representantes dos países eram atravessadas pelo momento político e, assim, pendiam muitas vezes para ações de caráter menos abrangente e, para não paralisar a Organização, considerando o contexto de forte disputa ideológica, era necessário negociar e trabalhar com a margem do possível. Foi assim que Candau tocou as grandes campanhas, em especial da malária e da varíola: deixando outras questões da agenda para um plano de menor destaque à primeira vista, no entanto, não menos debatidas e consideradas importantes pelo Diretor, como mostrado neste capítulo.

O intuito deste capítulo foi, portanto, trazer à baila os assuntos que foram relevantes na agenda da OMS e apresentar a posição de Candau a respeito de como estes deveriam ser conduzidos. Neste sentido, não foi a intenção e nem seria possível fazer uma discussão aprofundada da literatura e análise dos documentos da OMS acerca de cada temática em específico. Com o capítulo, espera-se abrir o campo para novas indagações e trazer outra perspectiva de análise pra aquelas já existentes.

[208] Manton, Gorsky, 2018.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

5. O LEGADO DE CANDAU

Neste capítulo de conclusão estão apresentadas reflexões mais gerais, em discussão com a literatura existente, sobre os tópicos discutidos anteriormente, observações sobre a pessoa de Marcolino Candau, além de ponderações a respeito da importância desta tese, suas lacunas e possibilidades abertas de aprofundamento na pesquisa.

5.1 Candau, as campanhas de erradicação e demais Programas

O resultado da pesquisa, materializado na presente tese, trouxe à tona a discussão a respeito de como Marcolino Gomes Candau conduziu a principal organização mundial de saúde, a OMS, no contexto conturbado da Guerra Fria. Logrou-se apresentar as diferentes temáticas impulsionadas pelo Diretor-geral e refletir sobre como estas contribuíram para a solidificação da Organização frente às pressões da época e para a consolidação da mesma como autoridade sanitária respeitada.

Neste sentido, a tese dialoga com a literatura da história da saúde global e a de história de saúde do Brasil acrescentando ao debate a respeito de alguns assuntos relacionados à OMS pouco conhecidos, porém bastante relevantes. O primeiro deles relaciona-se ao desafio de permanência por vários anos na liderança internacional sanitária de um ator de um país em desenvolvimento que logrou ser um hábil intermediário entre diferentes atores. Segundo, a legitimidade que ele outorgou à campanha global de erradicação da malária – que em muitos sentidos era uma continuidade para os programas da Rockefeller da primeira metade do século XX –. Inicialmente na gestão de Candau, a Organização apoiou uma visão entusiasta da tecnologia como "bala de prata" para resolução do problema; por outro lado, a tese problematiza o argumento de alguns autores de que a OMS entendia que o método para suas ações – sobretudo as de erradicação – deveria ser verticalizado, com adoção das diretrizes vindas da sede sem atenção para as questões locais. O tema da imposição de diretrizes também é ressaltado pela literatura nas análises da campanha de erradicação da varíola e pôde ser enriquecido com as discussões apresentadas na tese.

É preciso relembrar que Organização era recém-criada, somando menos de dez anos de existência quando Candau assumiu sua direção. Os países soviéticos haviam se retirado em

1949 e somente voltaram a OMS no ano de 1953, mais, as pressões ideológicas não estavam em equilíbrio e, nos anos cinquenta e inícios dos sessenta, os Estados Unidos eram os financiadores majoritários da organização e a principal referência de programas sanitários mundiais[1].

Em segundo lugar é preciso ter em conta que Candau teve uma flexibilidade e capacidade de negociação que explicam sua permanência no cargo por tanto tempo. Como qualquer instituição multilateral, a OMS tinha uma complexa estrutura, com diversas regras de funcionamento e foi erigida de modo que as decisões pudessem ser respaldadas, seja por meio da existência de comitês de especialistas – que então teriam conhecimento para deliberar sobre os assuntos – seja por votação em plenária – na qual os países estavam representados por seus delegados –, além da existência de demais repartições da Organização que subsidiavam o Diretor-geral. Isto é, Candau podia manifestar sua posição sobre os diferentes assuntos e argumentar a favor de uma ação ou outra, influenciando a decisão dos delegados. Bem como instruía seus subordinados a articularem-se com outras organizações e fundações da maneira como considerava pertinente e orientava-os na coleta de informações para subsidiar seu próprio posicionamento. As decisões, no entanto, eram tomadas nas Assembleias Mundiais e, se o Diretor-geral conseguisse que sua visão sobre o assunto prevalecesse, este poderia obter votação favorável, mas o contrário também era possível. Ademais, os delegados podiam colocar pressão para que determinado assunto fosse votado e este entraria na pauta sem que, necessariamente, fosse uma prioridade para Candau.

No caso da malária, houve grande pressão para que a OMS iniciasse a campanha de erradicação, que já vinha sendo discutida anteriormente. Neste assunto, a posição do Diretor-geral e da maioria dos países estava alinhada e a proposta foi prontamente aprovada. O que não significou, porém, que Candau não tivesse manifestado sua posição a respeito do fortalecimento dos serviços nacionais, ainda que acreditasse no poder do DDT e dos medicamentos para atingir a erradicação. Além disso, o Diretor-geral estava ciente das imensas dificuldades de lograr este resultado na África, por isso não insistiu em iniciar as ações no continente. Candau teve certas dissonâncias com Soper, porque acreditava que a pesquisa e avaliação eram importantes, embora nunca confrontasse diretamente o estadunidense.

Já no caso da erradicação da varíola, ocorreu o contrário, pois os países queriam que a OMS apoiasse a campanha, mas o Diretor-geral empurrou a discussão e só apoiou a criação de uma estrutura central que coordenasse as ações anos depois que os países desenvolvidos,

[1] Cueto, 2007; Cueto; Brown; Fee, 2019; Farley, 2008.

especialmente os Estados Unidos e a União Soviética, já tinham iniciado localmente suas atividades de erradicação e apoiado um esforço hercúleo global.

Cabe destacar também que quando as campanhas começaram a dar sinais de enfraquecimento e saturação, Candau aproveitava-se do contexto para demandar com frequência um maior orçamento para a OMS e reforçar suas opiniões já manifestadas nas discussões de outras agendas, qual seja: a de que os problemas de saúde só seriam solucionados se os países adotassem uma abordagem ampla e integrada e de que os países deveriam desenvolver e fortalecer seus serviços nacionais de saúde. E, frente à impossibilidade dos médicos em erradicarem a malária e em contexto do fortalecimento de outras disciplinas, a OMS passou a incorporar economistas, geógrafos, sociólogos e antropólogos em suas atividades[2].

Neste sentido, ao analisarem as campanhas de erradicação, com destaque para as duas maiores campanhas já mencionadas, alguns importantes autores[3] fazem-no sem comentar o fato de que a OMS conduzia outras importantes ações concomitantemente e que não eram, necessariamente, voltadas à erradicação de doenças. É certo que a expressividade das campanhas nos respectivos períodos, tanto em termos de países, quanto em termos de recursos financeiros envolvidos, é incomparável, porém, do ponto de vista da importância, é preciso atentar para outras ações que resultaram em algum ganho na área da saúde para os países-membros e contribuíram para o fortalecimento da própria Organização, como o incentivo à pesquisa, à formação profissional, à estruturação dos serviços de saúde e às ações contra outras doenças como a esquistossomose, poliomielite, tuberculose, cólera, influenza, câncer, entre outras.

Sanjoy Bhattacharya[4] critica o fato de que muitos estudos trazem uma versão simplista das campanhas apresentando-as como se fossem totalmente planejadas e dirigidas por um número relativamente pequeno de oficiais do governo central ou da OMS, diminuindo ou não dando importância ao papel desempenhado pelos oficiais locais, aqueles que implementavam as ações apresentadas nas cartilhas e outros documentos que guiavam a campanha ou davam diretrizes mínimas aos órgãos responsáveis. Com relação à verticalidade das campanhas, a tese destacou que é preciso olhar para as ações da OMS em perspectiva, pois se percebe que a atitude do Diretor-geral para com estas e outras ações foi mudando com o tempo, especialmente com

---

2 Siddiqi, 1995, p. 195.
3 Bhattacharya, 2006; Cueto; Brown; Fee, 2019; Packard,2016; Stepan, 2019.
4 Bhattacharya, 2006, p.251

relação às primeiras campanhas: o caráter verticalizado foi mais presente no caso da malária que da varíola, por exemplo.

Além disso, pode-se dizer que há certo anacronismo no argumento de que a OMS não dialogou com as diferentes regiões para construir modelos adaptados de ação, sobretudo porque as próprias elaborações teóricas, os recursos financeiros e mesmo tecnológicos para tal eram escassos. A Organização, tanto a sede quanto os Escritórios Regionais, dialogavam com os atores da época e negociavam para que as ações simplesmente pudessem ocorrer. O modelo de ação conhecido de experiências prévias era o modelo impositivo e vertical (ou *top down*), com importantes ressalvas – como mostram alguns autores[5] – dada a inevitabilidade em haver negociação e certa apropriação/adaptação das ações às diferentes realidades e povos. Ainda assim prevalecia um olhar colonialista para com os países de menor desenvolvimento, que eram vistos como incapazes para conduzir as iniciativas e construir a ação localmente. A Organização também não dispunha de recursos para a contratação de profissionais em diversas áreas com o propósito de articularem as ações na ponta. Por fim, a comunicação e o transporte eram deficientes e não contribuíam para a possível proposta de fazer esse debate mais amplo e o ajuste da metodologia conforme as diferentes localidades. Isso sem mencionar que a ideia de participação popular não era amplamente aventada na época.

Um entendimento possível a respeito das diferenças entre como Candau lidou com as duas principais campanhas de erradicação é que ele foi refinando sua percepção ao longo do processo da primeira – da malária –, e mudou sua estratégia sobre o que poderia ser delegado e o que deveria passar necessariamente por ele. Assim, o que se percebe é que na primeira campanha, o Diretor-geral se envolveu diretamente em discussões específicas sobre os experimentos, sobre as técnicas de atuação, seja da pulverização ou distribuição de medicamentos, e na conversa com outras instituições participantes. Por outro lado, na campanha de erradicação da varíola, Candau manteve-se distante destas questões, tendo apenas deixado claro que o propósito era atingir a erradicação o quanto antes. As decisões da campanha ficaram por conta de Henderson, que assinava todas as comunicações. Esta era também uma forma de o Diretor-geral se colocar de maneira mais firme em sua crença – já que não acreditava inicialmente na erradicação da varíola –, sem deixar de seguir o que fora decidido pela maioria em Assembleia, ou seja, ao se colocar de maneira mais afastada das discussões gerais, Candau ficava como uma figura de líder e menos como o gerenciador.

---

5 Cueto, 2007; Palmer, 2015.

Ainda nesse debate sobre o poder de agência do Diretor-geral, concordando com Bhattacharya[6] quando este afirma que nem as organizações internacionais nem os governos nacionais são instituições monolíticas e rigidamente controladas e que seus funcionários são indivíduos que questionam as ordens e diretrizes e que possuem agência, pode-se dizer que a figura do Diretor-geral é bastante representativa. Sua figura está mais para um mediador do que um decisor, na medida em que as próprias alternativas postas à mesa são apresentadas pelas discussões e dados levantados pelos representantes dos países e funcionários internacionais a serviço da OMS. Foege, por exemplo, apontou que a proposição de mudança de metodologia na campanha de erradicação da varíola, passando para a contenção e vigilância, foi feita por um funcionário sem grande importância na hierarquia da organização[7]. Fica ainda mais claro compreender que não há espaço para exercer o poder de Diretor-geral de maneira autocrática – ainda que pudesse – ou a partir de uma postura mais impositiva e de confrontação levando em conta que a OMS é uma Organização Internacional cujas decisões não têm poder vinculativo, por esse motivo a construção de suas ações deve ser feita a partir da conversa com os países para que estes queiram adotar as recomendações ou desenvolver alguma ação em parceria com a OMS, caso contrário de nada serviriam.

Esta tese não teve o objetivo de trazer a história contada a partir das realidades locais de implementação das diferentes ações da OMS, mas se concentrou na figura de Marcolino Candau e sua condução da sede em Genebra. Também se buscou mostrar como as iniciativas não podem ser analisadas de maneira totalmente isoladas umas das outras e como estas estavam, por sua vez, conectadas à realidade social e sanitária dos países, que pesava para a mudança na condução das ações da OMS.

5.2 Candau e seu sutil posicionamento político: a valorizada isenção na Guerra Fria

A suposta isenção de Candau no terreno político foi um dos grandes trunfos do Diretor-geral e é sempre destacado na literatura. Pode-se dizer que, considerando a impossibilidade de separar um "assunto técnico" e a política, o que Candau conseguiu foi neutralizar as disputas para a tomada de decisão das ações da OMS. Candau logrou maquiar bem seu posicionamento em nome do interesse da maioria dos países manifestado em Assembleia. O brasileiro, no entanto, deixava transparecer sutilmente sua visão sobre a política, o desenvolvimento –

[6] Bhattacharya, 2006.
[7] Foege, 2011, p.171.

(concebido como progressivo e ordenado), sobre questões de saúde e outras temáticas. Caso fosse a intenção situá-lo em algum espectro político-ideológico, talvez Candau estaria no quadrante centro-esquerda.

Candau inquietava-se com as desigualdades sociais que via. O seu diário de viagens e os recortes de jornais mostram que o Diretor-Geral visitou todos (ou quase todos) os países-membro da OMS, conheceu lugares mais recônditos e pôde ver populações com alto padrão de vida – como por exemplo em seu entorno em Genebra – e populações que viviam nas mais extremas condições na África, Ásia e Américas. Essa inquietação foi exposta em seu discurso em 1959, na 12º AMS em Genebra:

> A questão primordial do nosso tempo – ofuscando todos os outros – é: se hoje, como há dez anos, conseguiremos fazer a ponte entre os poucos países que foram capazes de desenvolver suas potencialidades tecnológicas e econômicas e aqueles outros países menos desenvolvidos que constituem um mundo passando pela gestação?
> Esta é a questão que preocupa cada vez mais os estadistas, obrigados a enfrentar sucessivas crises e que se dão conta de que por trás dessas crises existe um fator que divide profundamente o nosso mundo: a desigualdade nas condições de vida dos diferentes povos".[8]

Os anos 1960 foram marcados pelo debate entre as diferentes concepções e propostas para o desenvolvimento. Candau, nesta década, estava revendo suas afirmações a respeito da relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social. Candau argumentou, na 15ª AMS, de 1962, ao comentar sobre a Década do Desenvolvimento das Nações Unidas, que o Fundo Especial das Nações Unidas, até aquele momento, não havia dado devida prioridade à importância da saúde para o desenvolvimento econômico e social e adicionou que não se deveria presumir que a saúde acompanhasse o desenvolvimento econômico como uma consequência necessária. A saúde não podia esperar e, como médico, ele acreditava que a ausência de saúde era um dos mais importantes fatores contribuintes para a instabilidade individual, da família e da comunidade[9].

---

[8] OR WHA 95, 1959, p.81, tradução minha. No original: "The paramount question of our time – overshadowing all others – is, today as ten years ago shall we succeed in bridging the gap between those few countries which have been able to develop their technological and economic potentialities and those other less developed countries which constitute a world in the throes of gestation?
This is the question which is causing increasing anxiety to the statesmen who are obliged to meet successive crises and who realize that behind these crises there is a factor which deeply divides our world – the inequality of the living conditions of different peoples."

[9] OR WHA 119, 1962, p.321. "It must not be assumed that health would follow economic development as a necessary consequence. Health problems could not wait, and as a doctor he believed that the absence of health was one of the most important contributing factors to the instability of the individual, the family and the community".

Em 1970, com a emergência da questão ambiental, cujos problemas Candau abordou diversas vezes nas décadas anteriores – como a falta de saneamento –, o Diretor-geral não se furtou a criticar os economistas, que, segundo ele, pareciam cegos ao fato de que a pobre infraestrutura de saneamento e a doença colocavam freio ao desenvolvimento social e econômico e mantinham suas visões estreitas focadas no desenvolvimento tecnológico. Candau completou dizendo que pessoalmente nunca conseguiu ver como poderia haver tanta esperança pelo apreciado desenvolvimento econômico entre populações nas quais as deficiências nutricionais e as doenças transmissíveis – especialmente algumas das principais doenças parasitárias – permaneciam disseminadas[10].

Candau considerava que a relação economia-desenvolvimento-saúde não era uma relação causal tão linear assim, porém evitava utilizar de palavras com conteúdo ideológico mais explícito ou entrar na discussão sobre os modelos econômicos e de desenvolvimento e seus resultados para não se comprometer e impactar a posição da OMS, que estava em constante construção.

Neste sentido, ao contrário talvez de Chisholm, que era controverso em suas declarações, figura não muito bem quista em diferentes meios da sociedade, Candau chegava bem próximo daquilo que o primeiro diretor da OMS defendia para a organização: um funcionário "do mundo", um funcionário internacionalista, que se pautasse pela busca de um bem-comum "à la Kant[11]". Candau primeiro negociava, escutava os interesses, as necessidades, discutia e, assim, decidia o rumo da organização. Seu filho, Marcos Candau, em conversa em sua casa em São Paulo em 2019, disse que seu pai não manifestava sua posição política e que sempre buscou se "manter neutro" nas decisões. Parece que essa foi, de fato, a característica principal de Candau nesse período, ter conseguido ir com a maré de vontades dos países, muitas vezes puxando a vela para um lado ou para o outro conforme o vento era mais favorável e evitando passar muito próximo a rochedos, que poderiam causar problemas à navegação da OMS.

Também ao contrário de Chisholm, Candau conseguiu imprimir disposição e engajamento no corpo da OMS, que viu seu número de funcionários passar de mil e quinhentos em 1953 para quatro mil em 1973[12]. Uma das funcionárias da Fundação Rockefeller, Mary

---

10 OR WHA 202, 1972, p.50. No original: "Personally I have never been able to see how there could be much hope for appreciable economic development among populations where nutritional deficiencies and communicable diseases - especially some of the major parasitic diseases - remained widespread".

11 Kant, 2008.

12 Cueto; Reinalda, 2015, p.3.

Elizabeth Tenent registrou em seu diário que Andrija Stampar[13] reclamou da condução da OMS por Brock Chisholm, que pedia seus conselhos porém raramente os seguia. Tenent também anotou que Andrija comentou que estava desencorajado pelo baixo moral do pessoal da OMS[14]. Candau, por outro lado, já gozava de apreço por parte do *staff* da Organização quando ainda estava como Diretor-assistente, em 1952. Além do aumento do corpo da OMS, atribui-se à Candau a elevação dos padrões técnicos e a reputação da OMS[15].

Este carisma de Candau ajudava tanto na relação com o quadro de funcionários da OMS, quanto na relação com os países com diferentes posicionamentos ideológicos. A leitura dos documentos aponta que as disputas políticas apareciam nos espaços da OMS, entretanto os tensionamentos da Guerra Fria não paralisaram o trabalho da Organização, que pôde conduzir sua agenda colocando os dois campos em conversa.

O impacto mais visível no trabalho da OMS era a necessidade de amenizar o viés ideológico inerente à qualquer ação política, nesse sentido, algumas pautas precisaram ser proteladas em alguns momentos, como a discussão sobre a necessidade de abordar a saúde de um ponto de vista mais amplo englobando as reformas sociais necessárias; e a necessidade de introduzir debates sociais também na erradicação de doenças, que inicialmente se centrou muito no uso das tecnologias e teve um caráter bastante verticalizado, além da questão do planejamento familiar e outras tantas.

Candau, não obstante, conversava com os americanos sobre as proposições dos países socialistas e vice-versa e o entendimento era alcançado em certo nível. Em conversa com Wilcox, do Departamento de Estado dos Estados Unidos, em outubro de 1958, Candau falou da intenção de contratar um cidadão soviético para o posto de Diretor-geral Assistente e Wilcox manifestou algumas dúvidas a respeito "da sabedoria de fazer isso", porém disse que esperava que Candau estivesse certo e que isso fosse ajudar a construir uma cooperação mais próxima entre os países ocidentais e orientais. Candau anotou que saiu da reunião com a impressão de que Wilcox estava disposto a ajudar a OMS nas dificuldades[16].

Ambos os lados falavam à Candau sobre seus receios e, ainda que fosse bem-humorado, piadista e que gostasse de registrar em seus diários quando havia momentos de risadas durante às reuniões, Candau era uma pessoa bem direta em sua argumentação, dando, muitas vezes,

---

[13] Médico croata que participou da criação da OMS. Cvjetanovic (1990) escreveu um texto em homenagem a Stampar.

[14] Mary Elizabeth Tennant diary. Interviews: Miss Tennant's diary, May 15-June 9, 1953. Ack 7/8, p.110. RG 12. Rockefeller Foundation Archives, RAC.

[15] Kaplan, 1983; Birn, 2009.

[16] Diary of Dr. Candau's trip to New York and Washington – 18 to 25 October 1958, p.8. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

respostas afiadas aos interlocutores, porém de maneira cortês. Em visita à URSS em 1959, um membro do Conselho de Ministros, Anastas Ivanovich Mikoyan, reclamou com Candau que a OMS empregava poucos soviéticos, mas "estava sempre pronta para empregar nacionais dos EUA". Candau então sorriu e respondeu que a culpa era inteiramente da URSS que não participara ativamente do trabalho da Organização durante os anos em que se estava construindo o corpo principal de funcionários, e continuou dizendo que Mikoyan deveria entender que aqueles que estavam no quadro, desempenhando um trabalho útil, não poderiam nem deveriam ser demitidos apenas para dar espaço aos soviéticos. Na sequência Candau destacou que, de 1957 – quando a URSS voltou à OMS – até o final daquele ano de 1959, haviam sido contratados dez funcionários soviéticos para compor o quadro da organização [17].

Ainda nesta conversa, Mikoyan, expôs a Candau que o período de inatividade da URSS na OMS se dera pelo receio de que as Agências Especializadas da ONU fossem utilizadas como instrumento das potências imperialistas. Mikoyan também comentou que o governo estava negociando um programa de cooperação e troca de informações, em pesquisa médica com os EUA e que seu governo considerava este o país mais difícil para se trabalhar em parceria, mas esperava que esta fosse dar certo e pudesse ser estendida a outros países da mesma maneira. Candau comentou que a OMS existia para facilitar exatamente esse tipo de esforço cooperativo no campo da saúde.

Na sequência da conversa, o ministro soviético argumentou que os países menos desenvolvidos não gostavam quando os países desenvolvidos chegavam e diziam como os primeiros deveriam trabalhar, Candau disse, então, que, como ele mesmo era vindo de um país subdesenvolvido, só podia concordar com esta afirmação[18]. O que a conversa deixa transparecer é que os soviéticos retornaram à OMS quando perceberam que havia espaço para colocarem seu posicionamento e influenciar nos rumos da mesma.

Essa maneira de saber ser engraçado, direto e sincero contava positivamente para conquistar o respeito e consideração dos representantes dos países, que o consultavam para a tomada de certas decisões, e auxiliou o Diretor-geral a passar pela tensão política do período da Guerra Fria, uma vez que ambos os lados da cortina de ferro eram visitados por ele e a conversa era franca. Os representantes da URSS davam importante poder a Candau como mediador com o lado capitalista, sobretudo com os Estados Unidos. Em uma visita à URSS em 1968, o vice-

---

[17] Diary of Dr. Candau's visit to the Union of Soviet Socialist Republics – 10 to 22 November 1959, p.14. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

[18] Diary of Dr. Candau's visit to the Union of Soviet Socialist Republics – 10 to 22 November 1959. p.14. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

Primeiro-Ministro, Mazurov, insistiu que a OMS deveria fazer mais para solucionar os problemas políticos, como o Vietnã, a questão de Israel e o fato da Alemanha Oriental não fazer parte da Organização e disse que Candau tinha mais poder do que estava preparado para admitir. Em resposta, Candau agradeceu e disse sorrindo que se dependesse dele todos estes problemas estariam resolvidos no próximo dia[19].

Quando da delicada situação da participação de Cuba na OPAS – que tinha celebrado acordo com a Organização dos Estados Americanos em 1950, órgão que a suspendera em 1962 no contexto do acirramento da Guerra Fria – Candau teria conseguido convencer os oficiais seniores dos Estados Unidos a deixar de lado o assunto e não colocá-lo na pauta da agenda da Conferência da OPAS de agosto de 1962, assim, a proposta nunca fora votada e o assunto não voltou à tona e Cuba seguiu na OPAS[20].

Ainda em 1962, quando das movimentações para a escolha do próximo Diretor-geral, em 1963, Candau foi pressionado pelos Estados Unidos a ficar mais um mandato. Harlan Cleveland, *Assistant Secratary of State,* ligou para Candau e imediatamente comentou que o governo dos EUA chegara à conclusão de que eles não tinham outra alternativa a não ser insistir que Candau aceitasse mais um mandato[21]. O assunto já tinha sido abordado pelo menos outras duas vezes com Candau: em fevereiro[22] e agosto[23] de 1962 em outras visitas aos Estados Unidos. Candau não se dava nunca por decidido que queria ficar no cargo, assim podia entreouvir dos países qual era o desejo que tinham a respeito das eleições, além de não antecipar um clima de campanha.

Por mais de uma vez Candau buscou colocar a OMS à parte das questões políticas da Guerra Fria, direcionando a Organização para tratar dos assuntos de saúde do ponto de vista técnico. Essa proposta de manter certo afastamento de discussões políticas que não estavam diretamente ligadas à saúde mas interferiam na condição da saúde nos países foi importante para que a organização pudesse avançar em vários assuntos ainda que em meio ao contexto de ebulição de disputas em diversos campos. Em 1965, na 18ª AMS, Candau afirmou

---

19 Diary of Dr. Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968, p.15. Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967

20 Jiménez, 2013, p.157.

21 Diary of Dr. Candau's visit to New York and Mexico – 6 to 14 October 1962, p.6. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

22 Diary of Dr. Candau's visit to the United States of America – 19 to 24 February 1962, pp.3-4. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

23 Diary of Dr. Candau's visit to Brazil and United States of America – 11 to 30 August 1962, p.10. Pasta 2 - Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

> Apesar das crises inevitáveis de um mundo em constante mudança, dilacerado por tensões políticas e ideológicas, nossa organização pode se orgulhar da boa vontade de todos os seus membros e do esforço sustentado que sempre fizeram pela causa da saúde mundial.[24]

Candau, em seus relatos nos diários, demonstrava proximidade com os americanos, mas, igualmente, demonstrava admiração pelo que a URSS estava construindo neste período em termos de saúde e de administração. O Diretor-geral matinha uma postura crítica com relação a atuação dos países na OMS e de outros atores, no entanto sua posição demandava que a negociação acontecesse e ninguém fosse excluído do processo de construção das ações da Organização, pois ou se adotava uma postura de conciliação e de incentivo à cooperação, ou esta aconteceria em bases bilaterais sem a mediação e participação da OMS na construção das ações, ou seja, o espaço multilateral seria esvaziado.

Pode-se dizer que a Guerra Fria intensificou a internacionalização e a passagem para a globalização, na medida que os dois blocos ideológicos buscaram expandir suas respectivas zonas de influência e, para tal, buscavam demonstrar sua superioridade em diversas áreas, como saúde, agricultura, educação e outros[25].

O cenário internacional contava desde os anos 1950 com a participação das diversas agências da ONU, de centros de pesquisa articulados com algumas destas agências e com fundações diversas. Candau argumentou com um delegado, H. Chollet, da comitiva francesa do Comitê de Programa e Coordenação do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) em 1969, que a coordenação efetiva entre as agências era mais amplamente praticada do que apreciada e criticou o fato de haver muitas agências coordenadoras, levantando ironicamente a pergunta sobre quem coordenava as agências coordenadoras. Candau percebia a movimentação dos diversos atores, tendo apontado muitas vezes para o perigo do esvaziamento da OMS com o avanço das negociações bilaterais entre fundações internacionais e os países, situação que se agravou fortemente nos anos 1980, com o crescimento das fundações filantrópicas[26] e com a crescente atuação do Banco Mundial em áreas relacionadas ao desenvolvimento, como nutrição e mesmo em saúde[27].

Na argumentação com Candau, o representante da delegação francesa informou a Candau que McNamara, recém-eleito presidente do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), havia visitado a Indonésia e dito ao governo do país a necessidade

---

[24] OR WHA 144, 1965, p.51.
[25] Para aprofundamento nesta discussão, que será apenas mencionada aqui, ver: Galeano, 2012, Pakhomov, 2021; Westad, 2017.
[26] Birn, 2014.
[27] Cueto, Brown, Fee, 2019; Ruger, 2005.

de reorganizar integralmente sua política econômica. McNamara sugeriu que a concentração nas indústrias secundárias, incluindo a indústria de aço, fosse ser interrompida, e que o foco deveria ser direcionado para as indústrias primárias, em particular, a agricultura. Ademais, o Banco oferecera à Indonésia um empréstimo de quatro milhões de dólares e designara um oficial seu para cada departamento, com o intuito de assegurar uma transição tranquila para a "nova" política. Candau registrou em seu diário o seguinte: "Qual esperança existe para a coordenação entre agências e seus programas se uma agência faz isso e qual a esperança para qualquer país ter uma reversão drástica de toda sua economia imposta e implementada de fora?"[28,29].

A saúde foi uma das áreas na qual as duas potências antagônicas disputaram terreno, mas também buscaram partilhar ações[30], neste cenário, Candau soube canalizar essa disputa em prol do avanço em diferentes agendas. O Diretor-geral ressaltava a importância da conexão entre os países, enfatizando a necessidade de "pôr a política de lado" para poder avançar nas questões de saúde. Ainda que se soubesse que essa separação não fosse possível, fora um importante recurso retórico para contornar as pressões políticas no âmbito da OMS.

Candau também acreditava que a cooperação técnica em saúde poderia gerar resultados positivos que contribuiriam, por exemplo, para a cooperação no nível político[31] – em um efeito similar ao *spill-over*[32] – como ele mesmo manifestou em conversa com o Presidente do Conselho de Estado da Romênia, Nicolai Ceausecu, em 1969, ao debater sobre a entrada da Alemanha Oriental como membro na OMS: Candau argumentou que compartilhava da crença na importância de adesão mundial à OMS e que acreditava que se eles – China, Coreia do Norte, Vietnã do Norte e Alemanha oriental – permitissem a cooperação no nível técnico inicialmente, isto poderia levar à aceitação da cooperação no nível político[31]. O brasileiro foi o Diretor-geral

---

[28] Diary of Dr. Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968, p.1. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[29] No original: "What hope for co-ordination among the agencies and their programmes [sic] if one agency does this and what hope for any country to have such a drastic reversal of its whole economy imposed upon it and implemented from outside?" Ibid, p.1.

[30] Manela, 2010.

[31] Diary of Dr. Candau's visit to Romania – 3-13 May 1969, p.8. PASTA 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

[32] Este termo foi apresentado pelos funcionalistas, que teorizaram sobre a maneira de promover a cooperação de modo a remover as discussões políticas da arena, entendendo que os países deveriam focar-se em assuntos específicos para que os benefícios desta cooperação excedessem o custo da guerra e a tornasse desinteressante, ou seja, criar organizações internacionais funcionais, convencidos da possibilidade de separar a esfera política da esfera "técnica". Para estes teóricos, os efeitos positivos da cooperação técnica iriam estender-se para o campo político, que se tornaria mais tratável com o tempo de cooperação entre os países. (Siddiqi, 1995, p.44-47).

que trouxe para a OMS uma compreensão mais ampla sobre a importância da cooperação e do papel que a OMS poderia desempenhar.

5.3 A OMS como um lugar de coordenação de políticas e indução de temáticas: o papel de Candau nessa intermediação

Marcolino Candau, era médico, o que já lhe conferia certa posição social no Brasil e no mundo, além de uma perspectiva específica de observação das questões de saúde, como apresentado na introdução e no primeiro capítulo. Candau era também brasileiro e trabalhou como médico nas campanhas de erradicação da malária na região Norte e Nordeste do país e nos serviços de saúde no interior do Estado do Rio de Janeiro; teve a oportunidade de estudar por um ano nos Estados Unidos e, mais à frente em sua carreira, foi novamente a este país agora como funcionário de uma organização internacional, a OPAS. Mudou-se para Genebra para trabalhar para a OMS e, finalmente, tornou-se Diretor-geral da OMS.

Candau pôde beneficiar-se de movimentos internacionais – que tinham influência nos movimentos nacionais – para se projetar. Isto é: quando de sua formação na Faculdade de Medicina, Candau conheceu brasileiros que tinham importante capital social que fora mobilizado posteriormente a seu favor, como fora o caso do professor Manoel Ferreira. Outro exemplo de conexões que podem ter auxiliado na projeção de Candau foi o fato de que Fred Soper era amigo de Amaral Peixoto, que era interventor do estado do Rio de Janeiro quando Candau era profissional de saúde no mesmo. Amaral Peixoto, por sua vez, era casado com Alzira Vargas, filha de Getúlio Vargas, o então presidente do Brasil, ou seja, há grandes chances de que Candau tenha circulado neste meio, tornando seu nome conhecido.

Ainda neste contexto, as relações com os Estados Unidos eram intensas e, como foi apresentado na tese, houve um investimento deste país na formação de profissionais de saúde brasileiros, oportunidade em que Candau pôde embarcar. Quando de sua volta ao Brasil, o país havia recém assinado acordo com os Estados Unidos que estabelecera o SESP e Candau logo assumiu um cargo no Serviço, como inclusive estava previsto no acordo de investimento na formação – em que o profissional deveria assumir um cargo na administração pública – e chegou ao posto mais alto.

O brasileiro fora, então, na sequência, convidado por Soper – com quem tinha trabalhado no Brasil e que tinha o auxiliado para ser aprovado para receber a bolsa da Fundação

Rockefeller – para trabalhar na Oficina Sanitária Pan-Americana, dando início a uma carreira internacional ascendente, como já foi apresentado na tese.

Esta breve e superficial recapitulação de sua trajetória serve para evidenciar os diferentes locais e posições que Candau ocupou e como esse percurso contribuiu para a formação de sua personalidade de "cidadão do mundo", mas, ao mesmo tempo, que não podia deixar de ser visto como um cidadão de um país do "Terceiro Mundo". O Diretor-geral conhecia a realidade de seu país e sua semelhança com os demais que partilhavam dessa denominação, o que permitiu com que ele ganhasse o respeito das principais potências da época, mas também dos países menos desenvolvidos.

Marcolino Candau já olhava para a saúde a partir de uma perspectiva global, mantendo o diálogo com os países; dialogando e estreitando a parceria com as grandes Fundações – ainda que as estadunidenses fossem as de maior peso – e com organizações de categorias profissionais – como associações médicas – e instituições de pesquisa; participando de Congressos e outros encontros científicos. Candau buscou posicionar a OMS como uma instituição indutora de políticas governamentais nacionais em temas considerados importantes, bem como conduziu a OMS de maneira a trazer diferentes temas para a discussão em saúde, como fez na questão do uso da energia atômica, por exemplo. O papel de coordenação, de planejar estrategicamente e de liderar na saúde global que Brown, Cueto e Fee[33] apontam que a OMS teve de reinventar nos anos 1990, foi, no período de Candau – 1953 a 1973 – um objetivo perseguido e alcançado.

J. L. K [34] escreveu no The Lancet que, sob a direção de Candau, a OMS

> Assumiu cada vez mais a liderança na direção e coordenação do desenvolvimento de serviços de saúde em benefício de seus estados membros nos países industrializado e em desenvolvimento, atuando como uma ponte durante o período tenso de guerra fria e descolonização[35].

Após sua aposentadoria, Candau seguiu ativo, participando de Conferências do Movimento Pugwash[36], chefiando o Comitê de Coordenação do Programa de Controle da Oncocercose[37] e dando aulas, tendo sido professor Adjunto de Saúde Internacional da Universidade de Michigan de 1975 a 1978[38]. Candau foi denominado pelo médico Pinheiro

---

33 Brown et al, 2006, p.69.
34 Não foi possível descobrir o nome completo do autor.
35 Marcolino Gomes Candau, 1983, p.369. No original: "More and more it took the lead in steering and coordinating health services development to the benefit of its member states in the industrialised and in the developing world, acting as a bridge during an anxious time of cold war and decolonisation."
36 Kaplan, 1999.
37 Marcolino Gomes Candau, 1983.
38 Wegman, 1983.

Chagas[39] "ministro da saúde do mundo", alcunha que parece ter se espalhado, dado o número de publicações que a mencionam, em português e inglês, com algumas variações, como "médico do mundo"[40].

Candau, a partir deste olhar mais abrangente para a cooperação e sobre o papel dos Organismos internacionais no período da Guerra Fria, foi um importante ator na mediação da passagem entre a saúde internacional e a saúde global por abrir o espaço de atuação na saúde para outras instituições em articulação com a OMS e trazê-las para este debate, ademais de expressar constantemente sua visão ampliada do que concebia como saúde no cenário internacional.

Em discurso, em 1954, na 82ª reunião anual da *American Public Health Association*, Candau afirmou que o papel essencial da OMS era atuar como uma espécie de centro de troca internacional, por meio do qual a experiência e o conhecimento em várias áreas da medicina adquiridos por qualquer país pudessem ser colocados à disposição de todos os outros países[41]. Este discurso foi com pouco mais de um ano de Candau na Direção-geral da OMS e transmite a maneira como ele enxergava a Organização.

Desde os primeiros anos essa visão estava presente em seus discursos, por meio do qual reforçava a ideia de que os países precisavam cooperar entre si e que os esforços nacionais e internacionais eram complementares e necessários para atingir o sucesso no combate aos problemas de saúde. Na 8ª AMS, em 1955, ao falar sobre as pesquisas em energia atômica e seu uso na saúde, Candau comentou que a OMS era "a agência coordenadora suprema no campo da saúde internacional"[42], destacando como a Organização deveria ser vista pelos demais atores políticos.

Em sua condução da OMS, para além de buscar deixar legados materiais claros, Candau procurou consolidar uma nova visão do sistema internacional a respeito da saúde, reforçando o papel técnico da OMS e insistindo que a Organização deveria ter a função de direcionar e coordenar as ações de saúde em âmbito internacional. Ao comentar a discussão sobre o Programa e Orçamento propostos para 1965, Candau teceu crítica aos países que clamavam pela redução do orçamento mas "estavam gastando grandes somas em programas bilaterais de assistência a outros países" e pedia que esses

---

39 Vasconcelos, 1983

40 Doctor to the world, 1962; Bernard, 1983;

41 Candau, 1954, p.98. No original: "As you know, the basic role of WHO is to act as a kind of international clearinghouse, through which experience and knowledge in various branches of medicine gained by any individual country can be put at the disposal of all other countries."

42 WHA, OR 63, 1955, p.65

> deveriam entender que a OMS tinha um papel importante a cumprir no **desenvolvimento da saúde internacional,** porque, como membro da família das Nações Unidas responsável pela saúde, a Organização era capaz de assegurar o equilíbrio necessário no desenvolvimento de programas a nível dos países[43].

No texto que escreveu em 1961, Candau[44] esboçou sua ideia de "medicina internacional", propondo que o papel da OMS fosse o de coletar e disseminar informação; juntar pesquisadores de diferentes países para trabalharem juntos em problemas comuns, garantindo serviços para auxiliar nestas pesquisas, treinando trabalhadores para a pesquisa e direcionando-se a problemas que são de importância internacional. Este é um ponto interessante porque tem um conteúdo de desejo, de sonho em sua fala, e o que ele chama de "medicina internacional" – um termo para abarcar sua proposta de cooperação mundial na área da saúde – pode ser considerado a "origem" do que hoje se chama "saúde global". Para chegar nessa conclusão sobre o que a OMS podia fazer para a "medicina internacional", Candau citou a criação de um Centro Quimioterápico de Tuberculose na Índia, que foi resultado de uma parceria do governo do estado de Madras, o Conselho Indiano para Pesquisa Médica, o Conselho Britânico de Pesquisa Médica e a OMS, ou seja, instituições governamentais e não-governamentais que trabalharam conjuntamente com a OMS em um projeto.

A política de Candau foi importante para que a OMS se consolidasse como um ponto focal na coordenação internacional das pesquisas no campo de doenças severas, bem como para que o papel da OMS, de forma geral, fosse consolidado, visto que a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – e o Conselho das Organizações Internacionais em Ciências Médicas faziam pressão para que a OMS ficasse apenas como uma instituição para ações práticas em saúde[45].

Candau compartilhava com Chisholm, como ele mesmo escreveu, a visão de que os assuntos internacionais não eram matéria apenas para os diplomatas, políticos e estadistas, e que, após as trágicas lições ensinadas pelas duas guerras mundiais, mais pessoas em diferentes países estavam tomando consciência da responsabilidade que deveriam assumir para evitar a repetição daqueles eventos terríveis[46]. Para o Diretor-geral, "o mais importante

---

43 OR WHA 136, 1964, p.259, tradução e destaque meu. No original: "Some countries that had opposed the budget proposals during the present discussion, or wanted to see the budget reduced, were spending large sums on bilateral programmes[sic] of assistance to other countries;" […] "All he asked was that they should realize that WHO had an important part to play in the development of international health, because, as the member of the United Nations family responsible for health, it was able to ensure the necessary balance in the development of programmes at the country level.".

44 Candau, 1961b, p.795-796

45 Dr. M. G. Candau and W.H.O, 1973, p.433)

46 Candau, 1954a, p.1499.

desenvolvimento da história mundial da medicina, ao qual à OMS devia sua própria existência, fora a mudança da olhar do nacional para o internacional no quesito combate às doenças"[47].

A presente tese não traz uma crítica sobre o conceito de ciência ou sobre o que era considerado científico para a OMS no período de Candau, mas ainda que Raj traga em sua análise exatamente essa problematização da concepção da ciência como conhecimento universal e de ciência como o que era produzido nos países ocidentais, seu argumento de circulação e dos espaços onde a troca ocorre nos ajuda a pensar Candau como esta figura de intermediador, na medida em que ele traz para a OMS outras vozes que anteriormente não eram escutadas. Ademais, com a entrada de outros países na Organização, as discussões puderam contar com uma diversidade maior de pontos de vista e apresentação das realidades locais de diferentes partes do mundo. Se é possível fazer um paralelo entre construção do conhecimento científico e sua aplicação prática e o desenvolvimento das políticas e sua implementação, pode-se dizer que ambos os processos são complexos e fruto de um processo de acomodação e negociação[48].

Candau foi um diretor que circulou, negociou e foi reconfigurando seu discurso e posicionamento a respeito de diversos assuntos a partir do contato que tinha com governantes, cientistas, médicos, pacientes e outras pessoas com quem se encontrava ou que cruzavam seu caminho das inúmeras viagens que fez pelo mundo. Essas viagens eram importantes para que o Diretor-geral pudesse observar a implementação das ações da OMS no país ou mesmo refletir sobre como se daria essa implementação, além de terem possibilitado que Candau pudesse ver as práticas de saúde, as estruturas existentes e as características sociais e culturais das populações visitadas

A literatura não dá destaque suficiente à figura de Candau, ao seu importante papel na condução da OMS no período de Guerra Fria, deixando de atentar-se para o fato de que esta Organização fortaleceu-se ao longo deste período conturbado e de dar ao Diretor-geral os devidos créditos por ter construído um *staff* respeitado e ter conseguido manter a articulação entre os países. O que se percebe é que Candau não fora um Diretor-geral que seguia ordens sutis de um país ou de outro ou que era uma figura "conduzida" por Fred Soper, que teria sido seu mentor, ao contrário, o brasileiro mostrou-se uma figura independente e com propósitos bem assentados.

---

47 Candau, 1955a, p.273. No original: "But the most importante development in the history of world medicine, and the one to which WHO owes its very existence, was the shift from a national to an international outlook in the fight against disease."

48 Raj, 2007.

Candau, ao favorecer a ampliação da OMS, ao fomentar a discussão sobre outras temáticas e incluir outras instituições no debate, contribuiu para esta maior circulação das ideias, dos debates, permitiu mais pluralidade no âmbito da OMS. Entretanto, apesar dessas mudanças, não houve alteração substantiva na maneira como a ciência era percebida; na ciência vista como uma construção "ocidental", que segue os "valores ocidentais"; o que impactou, inclusive, no desenvolvimento de diversos programas da Organização. Embora bastante relevante, esta discussão não fez parte do escopo desta tese, podendo ser melhor explorada por outros pesquisadores.

5.4 Considerações sobre a tese

A tese, como não é possível e nem de interesse esgotar a leitura do objeto proposto, deixou diversos assuntos em abertos ou com possibilidade de aprofundamento, por exemplo a relação que ele tinha com os governos militares brasileiros no período 1964-1985. As fontes utilizadas na pesquisa foram mostrando os diferentes assuntos tratados pelo Diretor-geral e escolher um ou dois não permitiria a construção da imagem pretendida para deste período.

Assim, com relação à campanha de erradicação da malária, cabe investigar melhor a relação da OMS com o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS), a Agência de Cooperação Técnica e as empresas de produtos químicos, principalmente para entender até que ponto as indústrias forçaram diferentes produtos para que a campanha pudesse continuar com a mesma metodologia. Há espaço também para investigação a respeito da coleta de informações junto às regiões e o diálogo com a sede da OMS em Genebra, para melhor compreender de que modo o retorno de informações dos Escritórios Regionais gerava – se gerava – mudança de rumos da campanha.

No caso da campanha de erradicação da varíola, a relação entre a União Soviética e os Estados Unidos foi pouquíssimo explorada, havendo muita coisa por conhecer, como: a OMS era sempre a mediadora do diálogo entre as duas potências ou as instituições estadunidenses se correspondiam diretamente? Como se dava a troca de informações científicas a respeito do processo de melhoramento da qualidade da vacina? Cientistas russos e americanos chegaram a trabalhar juntos em laboratórios específicos sob coordenação da OMS? Entre outras perguntas que podem ser levantadas, sobretudo com relação ao desenvolvimento da campanha em países específicos, como o Brasil.

Ainda com relação às trocas entre as duas potências, é importante lembrar que estas trabalharam conjuntamente também nas pesquisas a respeito da vacina contra a poliomielite[49] e em outros assuntos, portanto há muitas questões a serem formuladas para trazer à luz estas relações no período da Guerra Fria e o papel desempenhado pela OMS.

Com relação à temática da formação, há poucas pesquisas que investigam se a OMS repassava aos Escritórios Regionais diretrizes sobre como deveria ser a formação dos profissionais de saúde nos diversos países ou mesmo se a OMS tinha uma "cartilha" sobre o currículo esperado dos profissionais e se sim, quem esteve envolvido na elaboração; para sugerir algumas questões.

Para além destes exemplos de questões em aberto, muitas outras podem surgir a partir do panorama apresentado nesta tese, como a respeito do incentivo à pesquisa, aos estudos sobre o uso da energia atômica na saúde, sobre o fortalecimento da rede de troca de informações em saúde, etc.

Por outro lado, o trabalho também careceu de uma discussão mais robusta com a literatura, que se deveu igualmente pelo fato de a tese abordar diferentes temáticas, resultando que a confrontação com a literatura específica sobre estas fosse, de certo modo, superficial. O aprofundamento na discussão com a literatura sobre a saúde global e história global teria sido, da mesma forma, enriquecedor.

A despeito destes pontos que podem suscitar críticas, a tese teve o mérito de jogar luz sobre as ações da OMS nestes vinte anos, fugindo da literatura somente sobre as campanhas de erradicação, e espera-se que possa contribuir para fomentar novos estudos sobre as diversas temáticas. Além disso e principalmente, a tese contribuiu para trazer uma perspectiva histórica para ações que a OMS desempenha ainda hoje e que foram iniciadas no período de Candau, destacando a importância desta figura para a saúde global.

Outro assunto pode ser aprofundado, vinculado a seu papel como intermediador – embora não existam evidências até o momento – é seu apoio às propostas da Atenção Primária à Saúde, apresentadas por Halfdan T. Mahler, dinamarquês eleito em 1973 para dirigir a OMS, propostas que se tornaram central para a Organização a partir deste ano. Candau apoiou a carreira professional de Mahler em Genebra e sua designação como Assistente do Diretor-Geral em 1970, posição que sem dúvida ajudou para que fosse o principal candidato nas eleições de 1973, com respaldo de Candau. Se esta relação próxima entre Candau e Mahler tiver ocorrido de fato – ficando o campo em aberto para outra pesquisa de materiais que mostram essa relação

[49] History of the Polio Vaccine – a crippling and life-threatening disease, s.d, *online***.**

e o desenvolvimento das ideias da APS – poder-se-á dizer que Candau foi um intermediário entre o passado e o futuro da saúde internacional, porque a Atenção Primaria à Saúde foi desde os anos setenta um paradigma para muitos sanitaristas do mundo inteiro.

Poucos brasileiros, inclusive historiadores, sabem com certeza ou tem uma lembrança do papel fundamental de Candau como intermediário na saúde internacional no período da Guerra Fria. Um comentário mais amplo que surge ao final do trabalho é o pouco que ainda sabemos dos homes e mulheres, programas e políticas sanitárias do país que tiveram uma relevância mundial. Oxalá que esta tese seja uma contribuição à dimensão internacional da história da saúde brasileira.

Figura 6: Retrato de Marcolino Gomes Candau

Foto de Candau – Fonte: acervo pessoal obtido na Suíça e doado ao CDHS da Casa de Oswaldo Cruz.

ANEXO I– ALGUMAS PERCEPÇÕES SOBRE CANDAU

As declarações de Candau mostram um homem bastante atento aos pequenos detalhes das falas dos delegados, com aguçada capacidade de análise, bastante pragmático, uma pessoa firme, que defendia sua posição com assertividade e polidez, porém aberto para receber a opinião dos demais.

Em seus diários anotou particularidades sobre a alimentação, a vestimenta, a arquitetura e sobre as pessoas nos diferentes e diversos países por onde passou, para além de registrar comentários sobre a situação das instalações de saúde e da vida de modo geral. Candau viajou muito pela OMS, conheceu locais bastante isolados e era uma figura bem conhecida e reconhecida por seu trabalho na OMS. Era recebido por diferentes governantes, dentre reis e rainhas que, muitas vezes, ficavam por longas horas em eventos nos quais Candau estava, surpreendendo as pessoas do próprio país[1].

Candau anotou histórias curiosas e, muitas vezes, engraçadas em seus diários, como o fato de ter sido rodeado por crianças no Nepal que suplicavam por dinheiro e não o deixavam mover um passo e, assim, teve de ser "resgatado" por um funcionário da OMS que deu recompensa às crianças para soltá-lo[2]. Ou quando estava no Ceilão (atual Sri Lanka) e visitou uma escola onde plantou uma árvore e teve de ficar no sol por um bom período, com uma guirlanda de flores no pescoço, ouvindo as crianças cantarem, e concluiu dizendo que acreditava que fora sua experiência prévia nos trópicos que o salvou naquele dia[3]. Em outro momento escreveu que, em 1964, quando teve de passar na imigração dos Estados Unidos para conexão de um voo em direção ao Haiti, fora questionado sobre onde estava anteriormente e respondeu "Cuba", fora questionado novamente sobre onde estava antes de Cuba e respondeu "Moscou", e escreveu que, se o funcionário perguntasse novamente por onde ele tinha passado, ele iria inventar dizendo que estava em Pequim apenas para ver a cara do rapaz[4].

Os diversos registros a respeito de Candau, em jornais e revistas, descrevem-no como charmoso, entusiasmado, decidido, persuasivo, com talento aguçado para administração, com

---

1 Diary Of Dr. Candau's Official Visit to Nepal and Ceylon With Stops At Karachi, Calcutta New Delhi And Madras. 25 November To 9 December 1958. p.6-7. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

2 Diary Of Dr. Candau's Official Visit To Nepal And Ceylon With Stops At Karachi, Calcutta New Delhi And Madras. 25 November To 9 December 1958. p.12. Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

3 Ibid, p.27.

4 Diary of Dr. Candau's visit to the URSS, Cuba, the Dominica Republic and Haiti – 3 to 22 May 1964, p.31. Pasta 2 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From April 1959 to June 1964.

vigor intelectual, perspicácia política, carismático e bem-humorado[5]. Também comentam que Candau se recusava a "falar sobre política" e que com o tempo, já nem esperavam mais que falasse[6], o que fez com que o brasileiro conseguisse criar essa identidade de figura neutra, não-alinhada[7]. Bernard escreveu que

> Se, nos tempos agitados que nós passamos neste período, a OMS esteve relativamente menos exposta que outras instituições internacionais à ressaca dos conflitos, isso se deu em larga medida à clarividência e ao senso político de seu diretor-geral. Candau tinha a alma e os dons de um estadista: sem dúvida o teria sido – pois oportunidade e talvez a tentação não lhe faltaram – se não tivesse escolhido continuar fiel ao ideal a que primeiro se propôs[8].

Candau parece ter se adaptado muito bem a sua vida fora do Brasil. Após sua aposentadoria continuou vivendo na Suíça, mais especificamente em Morges e depois Coppet, cidades pequenas vizinhas de Genebra. Candau passou tanto tempo escrevendo em inglês e francês que apresentava certa dificuldade em escrever em português, como pôde ser percebido em seus rascunhos, sobretudo no texto que preparava para o discurso da ocasião da morte de Fred Soper[9].

Candau parece ter sido uma pessoa que tinha diversos prazeres na vida e aproveitava destes momentos. As fotos de seu arquivo pessoal também mostram um Candau animado com festas em família e com amigos e à vontade para desfilar no carnaval com saia e batom.

Marcolino Gomes Candau dá nome a uma rua em Niterói, no bairro de Piratininga, e ao Centro Municipal de Saúde no bairro Cidade Nova, no Rio de Janeiro, que abriga também a sede do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Candau faleceu em Morges, cidade próxima de Genebra, onde vivia com sua esposa Sîta Reefs, e deixou dois filhos: Marcos Candau, em 2023 com 86 anos, e Nelson, que morreu aos 58 anos em 2002.

---

5 Kaplan, 1999; Marcolino Gomes Candau, 1983; Pires, 1954;
6 Doctor to the world, 1962.
7 Doctor to the world, 1962.
8 Bernard, 1983, n.p. No original: "Le docteur Candau avait l'âme et les dons d'un homme d'État: il l'eût été sans nul doute - car l'occasion et peut-être la tentation ne lui en ont pas manqué - s'il n'avait choisi de rester fidèle à l'idéal qu'il s'était d'abord fixé "
9 Rascunho de discurso preparado por Candau por ocasião da morte de Fred Soper, de 14 de abril de 1977. Documento não catalogado, doado ao Centro de Documentação em História da Saúde (CDHS/ Fiocruz).

REFERENCIAS

Fontes – Documentos do acervo pessoal de Candau

Artigos de autoria de Marcolino Gomes Candau

CANDAU, Marcolino Gomes. O problema da enfermagem no Brasil, **Anais da Enfermagem,** 1948.

_____. Greetings from the Director-General of the World Health Organization to the Eighty-Second Annual Meeting of the American Public Health Association in Buffalo, N. Y., October 12, **Greetings from the Director-general**, v.45, p.98-99, 1954.

_____. WHO – Prospects and Opportunities—The Road Ahead, **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v.44, n.12, p.1499-1504, 1954a. Disponível em: https://doi.org/10.2105/AJPH.44.12.1499

_____. WHO and the modern concept of public health, **J Indian Med Assoc.**, v.24, n.7, p.272-4, Jan 1, 1955a. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13233542/

_____. The importance of research in the progress of medical Science, **J Indian Med Assoc**., v.24, n. 8, p.318-21, Jan 16, 1955b. PMID: 14354218

_____. World Health Day - Destroy Disease Carrying Insects, **Public Health Reports**, April 7 1956a.

_____. Some aspects of WHO's work on 1955, **S.A Medical Journal**, p. 75-78, 28 Jan. 1956b.

_____. World Health Day – Food and Health, **Indian Journal of Pediatrics**, April 7 1957a.

_____. World Health Catalyst. **Am. J. Public Health**, v.47, n.6, p.675-681, jun.1957b.

_____. The Manpower problem in health work – ten years of WHO training activities, **American Journal of Public Health,** v.48, n.5, p.555-560, May 1958a.

_____. Ten years of WHO progress, **Public Health Reports**, v.73, n.5, p.392-401, May 1958b.

_____. World Health Organization: activities and objectives, **French Technical Cooperation Services Bulletin**, n.12, p.3-10, Sept-Oct 1959.

_____. Public Health Education in relation to Atomic Energy and Radiation Hazards, RSH, v.3, p.127-130, 1960.

_____. Problems in developing International Health Programs, **American Journal of Public Health**, v.50, n.6, p.3-7, June 1960a

_____. Medical Education and Research: a World Perspective, **Royal Society of Health Journal**, v.81, n.4, p.191-193, 1961a. doi:10.1177/146642406108100407

_____. Epidemiology and World Medicine, **Public Health Reports**, v.76, n.9, p.793-796, Sept 1961b.

_____. Towards Malaria Eradication, **International Review of the Red Cross (1961 - 1997)**, v.2, n.17, p.396-397, 1962. doi:10.1017/S0020860400087064

_____. No truce for tuberculosis, American Review of Respiratory Disease, v.84, n.4, p.589-590, 1964.

_____. World Health Day - Smallpox constant Alert, **Public Health Reports**, v.80, n.3, March 1965a.

_____. Hospital organization in developing countries, **World Hospitals**, p.439-449, October 1965b.

_____. Mary Kingsley and the work of the Liverpool School of Tropical Medicine, **Annals of Tropical Medicine & Parasitology**, v.60, n.1, p.1-4, 1966. DOI: 10.1080/00034983.1966.11686377

_____. Health Manpower in Developing Countries, **Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique**, v.58, n.8, pp. 347-350, August 1967a. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41984079>. Acesso em 15 Jun 2018.

_____. Knowledge, the bridge to achievement, **Fourth Rehovot Conference**, p.505-509, August 1967b.

_____. WHO and Socio-Economic Development, **Fifth-first session of the Economic and Social Council in Geneva,** p.441-444, 9 July, 1971.

_____. The challenge of medical research, **WHO Chronicle**, v.26, n.8, pp.335-338, 1972.

_____. World Health Day – Your heart is your health, **Indian J. Pediat.**, v.39, n.114, 1972a.

_____. International Public Health: some reflections after 25 years, **WHO Chronicle**, v.27, p225-235, 1973

CANDAU, Marcolino Gomes; BRAGA, Ernani. Novos rumos para a Saúde Pública Rural, **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, p.569-590, 1948.

Diários Oficiais de viagem – Acervo da Casa de Oswaldo Cruz[1]

Pasta 1 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From August 1953 to November 1958

Director-General's Visits – 30 August To 26 September 1953, Inclusive – Tokio, Hong Kong, Bangkok, Kampala.

Diary of the Director-general's visit to Singapore, Cairo, Madagascar, Federation of Rhodesia and Nyasaland, Mozambique, South Africa, Leopoldville, Brazzaville – 10 september – 25 october 1955.

Diary of the Director-General's visits to the Union of Soviet Socialist Republics - 3-12 April 1956.

Diary of the Director-General's visits to the United States of America, Fiji, New Zeland, Australia, Indonesia - 8 October - 3 November 1956.

[1] Os documentos doados à Casa de Oswaldo Cruz não haviam sido catalogados até o momento da entrega desta tese.

Diary of the Director-General's visit to Rangoon, Washington and New York. 14 September – 12 October 1957.

Diary of Dr. Candau`s Journey to the Eastern Mediterranean Region - 07 March To 04 April 1958.

Diary of Dr. Candau's visit to New York/Washington/Vancouver/Minneapolis/New York. 13 May – 20 June 1958

Diary of Dr. Candau's visit to Portugal, Liberia, Brazil, Porto Rico and United States of America – 16 September to 5 October 1958.

Diary of Dr. Candau`s Visit to Stockholm, Uppsala and Copenhagen - 6 To 9 November 1958.

Diary of Dr. Candau's trip to New York and Washington – 18 to 25 October 1958.

Diary of Dr. Candau's Official Visit to Nepal and Ceylon with stops at Karachi, Calcutta New Delhi and Madras. 25 November To 9 December 1958.

Pasta 2: Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau From April: 1959 to June 1964

Diary of Dr. Candau`s Offical visits to Venezuela, Colombia and Brazil - 28 June to 07 July 1959.

Diary of Dr. Candau`s Offical Visits to Romania, Bulgaria, Yugoslavia and Albania -10-30 September 1959 Inclusive.

Diary of Dr. Candau's visit to the United Nations, to the Pan American Sanitary Bureau/WHO Regional Office for the America and the American Public Health Association Meeting in Atlantic City -10 October to 22 October 1959.

Diary of Dr. Candau's visit to the Union of Soviet Socialist Republics – 10 to 22 November 1959.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil and Paraguay – 6 to 15 December 1959.

Diary of Dr. Candau's visit to France – 21 and 22 December 1959.

Diary of Dr. Candau's visit to Pakistan – 20 to 27 February 1960.

Diary of Dr. Candau's visit to the United States of America – 12 to 21 June 1961.

Diary of Dr. Candau's visit to the United States of America – 19 to 24 February 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to Rio de Janeiro, New York and Philadelphia – 21 June to 4 July 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil and United States of America – 11 to 30 August 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to New Delhi and Manila – 16 to 25 September 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to New York and Mexico – 6 to 14 October 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to Colombia, Peru, Bolivia, Argentina and Brazil – 9 to 29 December 1962.

Diary of Dr. Candau's visit to W. K. Kellog Foundation, Battle Creek, Michigan, United States of America – 24 to 26 February 1963.

Diary of Dr. Candau's visit to Paris – 13 November 1963.

Diary of Dr. Candau's visit to the URSS, Cuba, the Dominica Republic and Haiti – 3 to 22 May 1964.

Diary of Dr. Candau's visit to Colombia and Brazil – 18 June to 3 July 1964.

Pasta 3 – Official Travel Diaries Dr. M. G. Candau – From July 1964 to December 1967.

Diary of Dr. Candau's visit to Mongolia – 6 to 17 July 1964.

Diary of Dr. Candau's visit to New York and Washington – 13 to 16 October 1964.

Diary of Dr. Candau's visit to New York – 3-6 November 1964.

Diary of Dr. Candau's visit to London and Vienna – 7-11 December 1964.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 22 December 1964 to 2 January 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to Morocco and the USA – 28 February – 05 March 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to Colombia, Brazil and Panama – 22 July – 19 August 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to the United States of America to attend the XVI Meeting of the Directing Council of PAHO / XVII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas – Washington, 26 September–2 October 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to New York and Chicago – 17-23 October 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to Philadelphia and Washington – 30 October to 6 November 1965.

Diary of Dr. Candau's visit to The Holy See – 8 to 11 March 1966.

Diary of Dr. Candau's visit to the United States of America – New York and Washington, 21 to 26 March 1966.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 23 June to 3 July 1966.

Diary of Dr. Candau's visit to India and Thailand -14-28 November 1966.

Diary of Dr. Candau's visit to Poland 28 March – 02 April 1967.

Diary of Dr. Candau's visit to Mongolia (travelling via Moscow, URSS) to attend The Twentieth Session of the Regional Committee for South-East Asia. Ulan Bator, 31 July – 4 August 1967.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil to attend The Fourth National Conference of Health – 23 August – 1 September 1967.

Diary of Dr. Candau's visit to Brazil – 28 September to 1 October 1967 and to Ann Arbor, United States of America to attend The Sesquicentennial Celebrations of the University of Michigan – 2 to 7 October 1967.

Diary of Dr. Candau's visit to Czechoslovakia and Hungary – Tuesday 24 October – Wednesday 1 November 1967.

Pasta 4 – Official Travel Diaries – Dr. M. G. Candau – From: July 1968 To: December 1972.

Diary of Dr. Candau's visit to Romania to attend The Joint Meetings of the Administrative Committee on Co-ordination and the Committee for Programme and Co-ordination, Bucharest, 3-6 July 1968 and Diary of his official visit to the URSS 7-17 July 1968.

Diary of Dr. Candau's visit to Portugal and two of the Portuguese overseas provinces, Angola and Mozambique Monday 29 July – Thursday 8 august 1968.

Diary of Dr. Candau's visit to Bulgaria to attend The Eighteen Session of the Regional Committee for Europe – Sofia, 23-27 September 1968.

Diary of Dr. Candau's visit to Buenos Aires, Argentina, to attend the Special Meeting of Ministers of Health of the Americas, to Rio de Janeiro, Brazil, and to New York, United States of America, to attend the Forty-sixth Session of the Administrative Committee on Co-ordination and the Sixth Session of the Inter-agency Consultative Board of the UNDP – 11-25 October 1968.

Diary of Dr. Candau's visit to the Philippines to attend the Nineteenth Session of the Regional Committee for the Western Pacific – Manila, 28 September – 04 October 1968.

Diary of Dr. Candau's visit to Romania – 3-13 May 1969.

Diary of Dr. Candau's visit to Houston and Clear-lake city, Texas, USA – 30 July 1969 and to United Nations – New York, USA – 31 July 1969.

Diary of Dr. Candau's visit to Copenhagen, Denmark to the WHO Regional Office for Europe – 22 September 1969 and to Stockholm, Sweden to attend the opening of the Karolinksa Symposia on Research Methods in Reproductive Endocrinology – 23-24 September 1969.

Diary of Dr. Candau's visit to Hyderabad, India, to attend to the Golden Jubilee Celebrations of the National Institute of Nutrition – 24-26 September 1969 – and to Kathmandu, Nepal, to attend the Twenty-Second Session of the Regional Committee for South-Asia – 27 September – 3 October 1969.

Diary of Dr. Candau's visit to Abidjan, Ivory Coast to attend the Nineteenth Session of the Regional Committee For Africa – 4-8 October 1969.

Diary of Dr. Candau's visit to Algeria – 13-17 April 1970.

Diary of Dr. Candau's visit to Paris – 18 June 1970.

Diary of Dr. Candau's visit to Japan and his attendance at the Twenty-First session of the Regional Committee for the Western Pacific – Manila, Philippines – 23 August to 5 September 1970.

Diary of Dr. Candau's attendance at the XVIII Pan American Sanitary Conference/Twenty-Second Session of the Regional Committee for the Americas – Washington, D.C 26 September – 3 October 1970.

Diary of Dr. Candau's visit to India, Burma and Ceylon – 21 November to 3 December 1970.

Diary of Dr. Candau's visit to the Federal Republic of Germany – 14 to 18 December 1970.

Diary of Dr. Candau's official visit to Moscow – 4-6 January 1971.

Diary of Dr. Candau's official visit to Brazil - 19-27 March 1971.

Diary of Dr. Candau's official visit to the Netherlands – 21-23 February 1972.

Diary of Dr. Candau's official visit to London to attend the Thirteenth Session of the Inter-Agency Consultative Board of the United Nations Development Programme and the Fifty-Sixth Session of the Administrative Committee on Co-ordination – 6-11 April 1972.

Diary of Dr. Candau's official visit to the People's Republic of China – 3-11 August 1972.

Documentos variados do acervo de Candau

Carta escrita por Clemente Mariani a Eugene P. Campbell, chefe do Instituto de Assuntos Interamericanos. Rio de Janeiro, 1 de novembro de 1947. Documento parte do acervo de Candau doado à Casa de Oswaldo Cruz.

CANDAU, Marcolino. Hospital Organisation in Developing Countries. In: World Hospitals / L'Hopital dans le Monde (reprinted). Pergamon Press: New York, Oxford, London, Paris, 1965.

Introdução feita pelo Diretor-geral ao item 2.7.1, "Proposal for the Establishment of a World Health Research Centre", no Executive Board 35, 1965, p.3. Rascunho de seu discurso. Pasta 5 – discursos e outros documentos. Acervo pessoal. Casa de Oswaldo Cruz

Discurso de Candau na Segunda Conferência Anual de Educação Internacional organizado pela Associação de Faculdades Médicas Americanas – 29 de outubro a 02 de novembro de 1965

Draft notes on Dr. Candau's replies to questions. Preparatory Committee. United Nations Second Development Decade. 3 July 1969. p.4.

Cópia de carta pessoal e confidencial enviada por Pierre Dorolle à Marcolino Candau. Deputy Director. Regional Office of the WHO for the Americas. Geneva, 4 February, 1953. A cópia da missiva foi doada por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, e entregue ao Centro de Documentação em História da Saúde (CDHS/Fiocruz

Cópia de carta enviada por Brock Chisholm a Marcolino Candau em 23 de fevereiro de 1953. A cópia da missiva foi entregue a mim por Marcos Candau, filho de Marcolino Candau, em São Paulo em 2018

Cópia de carta redigida por Candau para Pierre Dorolle. Washingtoon, 13 March,, 1953
Rascunho de carta de Marcolino Candau a Brock Chisholm, datada de 17 de fevereiro de 1953.

Fontes oficiais da OMS – Arquivo da OMS

Assembleia Mundial De Saúde

Official Records of the World Health Organization, No.48. Sixth World Health Assembly. World Health Organization. Palais des Nations: Geneva, 1953.

Official Records of the World Health Organization, No.55.Seventh World Health Assembly. Geneva 4 to 21 May 1954. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1954.

Official Records of the World Health Organization, No.63. Eight World Health Assembly. Mexico, D.F, 10-27 May 1955. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1955.

Official Records of the World Health Organization, No.71. Ninth World Health Assembly. Geneva, 8-25 May 1956. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, December 1956.

Official Records of the World Health Organization, No.79. Tenth World Health Assembly. Geneva, 7-24 May 1957. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1957.

Official Records of the World Health Organization, No.87 Eleventh World Health Assembly. Minneapolis, 28 May – 13 June 1958. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, December 1958.

Official Records of the World Health Organization, No.95. Twelfth World Health Assembly. Geneva 12-29 May 1959. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1959.

Official Records of the World Health Organization, No.102 Thirteenth World Health Assembly. Geneva, 3-20 May 1960. Part I – Resolutions and Decisions; Annexes. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, August 1960.

Official Records of the World Health Organization, No.103 Thirteenth World Health Assembly. Geneva, 3-20 May 1960. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, October 1960.

Official Records of the World Health Organization, No.110. Fourteenth World Health Assembly. New Delhi, 7-24 February 1961. Part I – Resolutions and Decisions; Annexes. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, May 1961.

Official Records of the World Health Organization, No.111. Fourteenth World Health Assembly. New Delhi, 7-24 February 1961. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, September 1961.

Official Records of the World Health Organization, No.118. Fifteenth World Health Assembly. Geneva, 8-25 May 1962. Part I – Resolutions and Decisions; Annexes. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, September 1962.

Official Records of the World Health Organization, No.119. Fifteenth World Health Assembly. Geneva, 8-25 May 1962 Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1962.

Official Records of the World Health Organization, No.127. Sixteenth World Health Assembly. Geneva, 7-23 May 1963. Part I – Resolutions and Decisions; Annexes. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, September 1963.

Official Records of the World Health Organization, No.128. Sixteenth World Health Assembly. Geneva, 7-23 May 1963. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, December 1963.

Official Records of the World Health Organization, No.136. Seventeenth World Health Assembly. Geneva 3- 20 March 1964. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1964.

Official Records of the World Health Organization, No.143. Eighteenth World Health Assembly. Geneva, 4-21 May 1965. Part I – Resolutions and Decisions; Annexes. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, September 1965.

Official Records of the World Health Organization, No. 144. Eighteenth World Health Assembly. Geneva, 4-21 May 1965. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1965.

Official Records of the World Health Organization, No.152. Nineteenth World Health Assembly. Geneva 3-20 May 1966. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Minutes and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, November 1966.

Official Records of the World Health Organization, No.160. Twentieth World Health Assembly. Geneva, 8-26 May 1967. Part I Resolutions and Decisions Annexes. World Health Organization. Geneva, August 1967.

Official Records of the World Health Organization, No.161. Twentieth World Health Assembly. Geneva, 8-26 May 1967. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Summary Records and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, December 1967.

Official Records of the World Health Organization, No.169. Twenty-first World Health Assembly. Geneva 6-24 May 1968. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Summary Records and Reports. World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, December 1968.

Official Records of the World Health Organization, No.176. Twenty-second World Health Assembly. Boston, Massachusetts, 8-25 July 1969. Part I Resolutions and Decisions Annexes. World Health Organization. Geneva, November 1969.

Official Records of the World Health Organization, No.176. Twenty-second World Health Assembly. Boston, Massachusetts, 8-25 July 1969. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees-Summary Records and Reports. World Health Organization. Geneva, December 1969.

Official Records of the World Health Organization, No.185. Twenty-third World Health Assembly. Geneva, 5-22 May 1970. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees- Summary Records and Reports. World Health Organization. Geneva, December 1970.

Official Records of the World Health Organization, No.194. Twenty-fourth World Health Assembly. Geneva, 4-20 May 1971. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees- Summary Records and Reports. World Health Organization. Geneva, December 1971.

Official Records of the World Health Organization, No.202. Twenty-fifth World Health Assembly. Geneva, 9-26 May 1972. Part II – Plenary Meetings-Verbatim Records; Committees- Summary Records and Reports. World Health Organization. Geneva 1972.

Official Records of the World Health Organization, No.210. Twenty-sixtth World Health Assembly. Geneva, 7-23 May 1973. Part II –Verbatim Records of Plenary Meetings; Summary Records and Reports of Committees. World Health Organization. Geneva 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sixth World Health Assembly. Fifth Plenary Meeting. 11 May 1953 at 10 a.m. Provisional verbatim record. A6/VR/5. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/103065 >. Acesso em: 18 jul. 2023.

Relatório Anual do Diretor

Official Records of the World Health Organization, No.51. The work of WHO, 1953. Annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. World Health Organization, March 1954.

Official Records of the World Health Organization, No.59 The work of WHO 1954. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. Palais des Nations, Geneva, March 1955.

Official Records of the World Health Organization, No.67 The work of WHO 1955. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. Palais des Nations, Geneva, March 1956.

Official Records of the World Health Organization, No.75 The work of WHO 1956. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. Palais des Nations, Geneva, March 1957.

Official Records of the World Health Organization, No.82. The work of WHO 1957. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, April 1958.

Official Records of the World Health Organization, No.90. The work of WHO 1958. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, March 1959.

Official Records of the World Health Organization, No.98. The work of WHO 1959. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, March 1960.

Official Records of the World Health Organization, No.105. The work of WHO 1960. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Dec. 1960.

Official Records of the World Health Organization, No.114. The work of WHO 1961. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1962

Official Records of the World Health Organization, No.123. The work of WHO 1962. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1963.

Official Records of the World Health Organization, No.131. The work of WHO 1963. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Jan.1964.

Official Records of the World Health Organization, No.139. The work of WHO 1964. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1965.

Official Records of the World Health Organization, No.147. The work of WHO 1965. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1966.

Official Records of the World Health Organization, No.156. The work of WHO 1966 Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1967.

Official Records of the World Health Organization, No.164. The work of WHO 1967. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1968.

Official Records of the World Health Organization, No172. The work of WHO 1968. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Apr. 1969

Official Records of the World Health Organization, No.180. The work of WHO 1969. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, Mar. 1970

Official Records of the World Health Organization No.188. The work of WHO 1970. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. World Health Organization, Geneva, Mar. 1971.

Official Records of the World Health Organization, No.197. The work of WHO 1971. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, 1972.

Official Records of the World Health Organization, No.205. The work of WHO 1972. Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, Geneva, 1973.

Comitê Executivo da OMS

Resolution EB6.R1 Programme of Technical Assistance for Economic Development of Under-Developed Countries, adopted at the second meeting, 3 June 1950.

Resolution EB11R58 World-Wide Campaign against Smallpox. Twenty-fourth meeting, 2 february 1953.

Resolution EB11.R48 Nomination for the Post of the Director-General, 1953.

Resolution. EB13.R3 Campaign against Smallpox, Second Meeting, 12 january 1954

Executive Board. Eleventh Session. Minutes of the Third Meeting, 4 March 1953. WHO EB11/Min/3 Rev.1, 4 March 1953. Palais des Nations. Geneva, 1953.

Executive Board, EB 15/35, Regional Committee for the Americas. Report on Sixth Session. Santiago, Chile, 1954.

Executive Board. Twenty-eighth Session. Agenda item 3.2. 30 May 1961. Continued Assistant to Newly Independent States – Draft Resolution presented by the Rapporteurs. EB28/WP/2

Executive Board. EB29/AF/Min/3 Rev.1, 1 March 1962. Twenty-Ninth Session. Standing Committee On Administration And Finance. Minutes Of The Third Meeting.

Executive Board. Thirty-fifth Session. Geneva, 19-28 January 1965. Minutes. World Health Organization. Geneva. March 1965. EB 35, 1965.

Arquivo Malaria Eradication Program / WHO Archives

Carta enviada por Karl Koening, da Bayer, a Emilio Pampana, da OMS, em 5 de novembro de 1955. Field Research on the Administration of An Anti-Malarial Drug (Chloroquine) mixed with salt. MEP M2-157-2

Carta de E. J. Pampana a Mário Pinotti de 13 de maio de 1957. MEP WHO/ M2-157-2.

Carta de Mário Pinotti a. E. J. Pampana, 11 de julho de 1957 (p.47 do adobre) e carta de Mário Pinotti à Pampana 16 nov. 1957. MEP M2-157-2

Carta de G. Robert Coatney a E. J. Pampana, 25 fev. 1958. MEP M2-157-2 (p.77 adobe)

Carta pessoal de Candau a Campbell, entregue em mãos na 11ª AMS, em 1958. MEP M2-372-11

WHO. Expert Committee on Malaria. Seventh Report. Lisbon, 15-23 September 1958, p.27. WHO_Mal_210

Agency For International Development (Aid) - Administrative Reports on Malaria. 1959. MEP M2-418-10AID.

ICA Expert Panel on Malaria – Preliminary Findings and Recommendations. 1960. MEP M2-372-11

Carta de Carlos Alvarado a Kaul. 1960. MEP M2-372-11 (p.184 do adobe)

Ofício envido por M. G. Candau, Diretor-geral para A. Horwitz, Diretor, Escritório Regional para as Américas. 23 August 1960. MEP M2/372/11 (p.186 adobe)

Malaria Activities in the Africa Region. Contribution to the Director-General's Report to the UNICEF Executive Board, 1963 Regional Malaria Unit. Regional Office for Africa. Brazzaville. MEP M2-372-2

Field Research on the Administration of An Anti-Malarial Drug (Chloroquine) mixed with salt. MEP M2-157-2.

Collaboration With Aid in the Field of Malaria Eradication. MEP M2-372-11.

EMR Report on Malaria Eradication for the 16th WHA. MEP M2-180-8(16).

Brief Assessment of WPRO-68 (Medicated Salt Project) in Cambodia. MEP WHO3_M2_157_6A_CAM (p.34 adobe).

The first year of the antimalaria pilot project with medicated salt in Netherlands New Guinea by J. H. E. Th. Meuwissen, 1960. MEP WHO3_M2_157_6NNG (p.41 do adobe)

Arquivo SEP/WHO

Health Education in Smallpox Programmes. S2/370/1, June 1966. ID S2-370-1JKT3 Smallpox eradication - programme planning - general 1966-1975.

A Varíola no Brasil. ID 0395 AMRO - Brazil reports and summaries 1967-1973, p.16-17 (p.697-696); Pan American Health Organization. Inter-Office Memorandum. To: Dr. M. G. Candau, Director-general, WHO, Geneva. From: Ruperto Huerta, CD. Smallpox Eradication Program. AMRO-0300/A. 13 February 1967. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.278-279)

DAH/jcp Draft Resolution EB/39, 29.12.1966. ID 0023 SME - Executive board meetings - correspondence from start of programme 1962-1978

ID S2-370-1JKT3 Smallpox eradication - programme planning - general 1966-1975. p.2 (p.312-313 adobe)

Briefing for Regional Committee – AMRO Smallpox Eradication. From Chief, SE to Dr. L Bernard, ADG. 12 August 1971. ID 0386 AMRO general correspondence 1966, p.1 (p.164 – adobe.

Carta do Chefe do Programa de Erradicação da Varíola, Donald Henderson ao Diretor Regional, AMRO, Bichat Rodrigues. Brazil 300 S2/133/1, 21 January 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969 (p.754, adobe)

Carta do Chefe do Programa de Erradicação da Varíola, Donald Henderson ao Diretor Regional, AMRO, Bichat Rodrigues. 21 February 1969. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.243, adobe)

Carta de Henderson a Leo Morris, da Repartição Sanitária Panamericana Zona V, Rio de Janeiro. 06 March 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969 (p.257, adobe)

Comunicação do Diretor do Programa de Erradicação ao Diretor de Doenças Transmissíveis. 18 October 1968. ID 0023 SME - Executive board meetings - correspondence from start of programme 1962-1978 (p.570 do adobe)

Statement made by Dr. Henderson at the World Health Assembly – 20 May 1968, 21 May 1968. p.480 (adobe). ID 0026 World Health Assembly - documentation and correspondence 1966 – 1978.

Ofício ao Cirurgião Geral, do United States Public Health Services. S2/87/6, 8 January 1969. ID 0560 The SME day book - 1 January to 31 March 1969.

A Varíola no Brasil. ID 0395 AMRO - Brazil reports and summaries 1967-1973, p.1 (p.691 adobe)

Carta pessoal de Henderson para Leo Morris. 25 de fevereiro de 1972. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.142 adobe)

HEMISPHERE NOW FREE OF SMALLPOX. The Washington Post, Wednesday, August 29, 1973, B15. ID 0386 AMRO general correspondence 1966 (p.37-adobe)

Arquivo 3rd Generation Files

Meeting of the International Union of Family Organization. Correspondences from 1955 up to 1966. F8_86_2.

Documentos oficiais diversos da OMS

OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Les Dix Premières Années de l'Organisation Mondiale de la Santé. Palais des Nations: Genève, 1958.

UNITED NATIONS; WORLD HEALTH ORGANISATION. Interim Commission. Official Records of the World Health Organization No. 7 Minutes and Documents of The Fifth Session of The Interim Commission held in Geneva from 22 January to 7 February 1948. Palais des Nations, Geneva, April 1948.

UN. General Assembly. Fourteenth Session, November 1959. Resolution 1398 (XIV) International encouragement of scientific research into the control of cancerous diseases. Available at: <http://www.worldlii.org/int/other/UNGA/1959/45.pdf>. Accessed: 21 dec.2022

WHA4.80 Additional National Health and Sanitary Measures to prevent the Spread of the Six Quarantinable Diseases. Presented by the Committee on International Sanitary Regulations and adopted at the eleventh plenary meeting, 25 May 1951) [A4/R/66].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 0ff. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100. 7 April 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Malaria Conference in Equatorial Africa. Kampala, Uganda, 27 Nov. – 9 Dec. 1950. WHO/Mal/69. Afr/Mal/Conf/24. 3 January 1951.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Terminology of malaria and of malaria eradication: report of a drafting committee. World Health Organization, Geneva, 1963.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Research And The World Health Organization: A History Of The Advisory Committee On Health Research, 1959–1999. World Health Organization Press: Geneva, 2010.

Outras fontes

Arquivo da Fundação Rockefeller

Further Studies on Pyrimethamine as an interruptor of Sporongy. 27 January 1957. To Dr. M. G. Candau, Director-general, WHO. From Dr. Fred L. Soper, Director. Ref. M2/157/2

JM Diary – June 1, 1954 – Geneva, p.53. RF RG 6.1 Series 2.1 Box 64 Folder 589 excerpt. DMPH General – World Health Organization. 1951-1955.

Mary Elizabeth Tennant diary. Interviews: Miss Tennant's diary, February 1-4, 1953. Ack.3/2, p.31. RG 12. Rockefeller Foundation Archives, RAC.

RF RG 10.2 MNS BRAZIL Box 8 Candau

RF_RG12_FA393_B345_Muench excerpts 1940-1941

RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau

RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau

RF RG 1.2 Series 103 Box 1 Folder 7 Health and the Developing World – Candau.

RSM. Geneva, Switzerland – June 1-3, 1954, p.64-65. RF RG 6.1 Series 2.1 Box 64 Folder 589 excerpt. DMPH General – World Health Organization. 1951-1955

RPB. New York, New York. October 14, 1954. general correspondence. RF RG 2 1954 (General Correspondence) Series 100 Box 8 Folder 57 excerpt. United Nations-World Health Organization, July-December; Van Dyke; George E.; Warren, Andrew J.1954.

The Rockefeller Foundation. International Health Division. Personal History Record and Application for the Fellowship. RF RG 10.1 S305 E Box 72 Folder 1407 Candau. n.p.

Arquivo Nacional

Credencial em nome de Marcolino Gomes Candau para servir como médico. **Arquivo Nacional**. Fundo Paulo Assis Ribeiro – S7. Período: 1901, 1942 – 1943 e 1946. Critério de seleção: Identificação de documentos referentes ao SEMTA. Caixa 4; nº de ordem 7121

Circular pedindo apoio à Candau. **Arquivo Nacional**. Fundo Paulo Assis Ribeiro – S7. Período: 1901, 1942 – 1943 e 1946. Critério de seleção: Identificação de documentos referentes ao SEMTA Caixa 4, pt3, p.54, nº de ordem 7137.

Jornais, revistas, periódicos

A TRAJETÓRIA de dois brasileiros que marcaram a OMS. **Época**, Sociedade, 10 de julho de 2020.

BERNARD, Lucien. Homage au docteur Candau. **Journal de Genève**, 1er février 1983. OMS, n.p.

BRAGA, Ernani Paiva Ferreira. **O pensamento de Ernani Braga**. Organizado por Paulo Marchiori Buss. Coleção Memórias de Saúde Pública. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1984.

BRAZILIAN named to head U.N.'s world health body. **The New York Times**, New York, Vol.CII, N.34807, p.6, Tuesday, May 12, 1953.

CANDAU, quase ministro, chegou a assinar uma lei. **O Globo**, Rio de Janeiro, 6 set.1962. Matutina, Geral p.4. Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/busca/?tipoConteudo=pagina&pagina=&ordenacaoData=relevancia&allwords=&anyword=Marcolino+Candau&noword=&exactword=&decadaSelecionada=1960&anoSelecionado=1962&mesSelecionado=&diaSelecionado=>. Acesso em: 22 out. 2022.

CONSPECTUS OF WORLD HEALTH: DR. CANDAU ON W.H.O.'S POLICY. **The British Medical Journal**, v.1, n.4977, pp. 1232-1233, May 26, 1956. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/20335566>. Acesso em: 18 nov. 2021.

D'AVILA, Cristiane. O médico brasileiro que foi diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) por 20 anos, **Café História – história feita com cliques**. Publicado em 1 jun. de 2020. Disponível em: https://www.cafehistoria.com.br/o-medico-brasileiro-que-foi-diretor-geral-da-oms/. ISSN: 2674-59.

DOCTOR TO THE WORLD. **Time**, v. LXXIX, n.22, June 1, 1962. Medicine, p.46.

DR CANDAU – UM BRASILEIRO CUIDA DA SAÚDE DO MUNDO. **Visão**, 5 de julho de 1957. 1ª edição semanal. Artigo de Capa, p.20-23.

DR. M. G. CANDAU AND W.H.O. **British Medical Journal**, n.5864, p.433-434, London Saturday 26 May 1973.

HEALTH PROTECTION AGAINST ATOMIC RADIATION, **Journal (Royal Society of Health)**, v.75, n. 4, p.308, 1955. doi:10.1177/146642405507500418

KAPLAN, Martin M. Dr. M. G. Candau – a personal appreciation. **World Health Forum**, v.4, p.3-4, 1983.

KAPLAN, Martin M. The efforts of WHO and Pugwash to eliminate chemical and biological weapons – a memoir, **Bulletin of the World Health Organization**, v.77, n.2, p.149-155, 1999.

LYRA, Paulo. O brasileiro cordial: como um carioca, hoje quase desconhecido, transformou a OMS. Vultos da Saúde. **Revista Piauí**, edição 171, p.1-16, Dezembro 2020.

MARCOLINO GOMES CANDAU – Director-general, World Health Organisation, 1953-73. **The Lancet**, February 12, 1983. Obituary, p.369-370.

MARCOLINO G. CANDAU, UM HOMEM DE DESTAQUE. **Jornal do Brasil**, 23 março 1970. Gente, 1º Caderno.

MILES, James W., Goette, Mary B., Grimm, Louis & Pearce, George W. (1959). Factors affecting the suspensibility of DDT water-dispersible powders. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 20, n.5, 1959, p.937 - 945. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265421>. Acesso em 07 set 2021.

PEARCE, George. W., Goette, Mary B. & Sedlak, Vincent A. (1959). Storage stability of DDT water-dispersible powders. **Bulletin of the World Health Organization**, v..20, n.5, 1959, p.921 – 936. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265411>. Acesso em 07 set. 2021.

PIRES, Armando S. Marcolino Gomes Candau, Doctor to the world. **Américas**, p.13-15; 27, June 1954.

ROYAL Society of Health. Health Protection Against Atomic Radiation, **Royal Society of Health journal**, v.75, n.4, 1955, p.308–308. doi:10.1177/146642405507500418.

The Society's Annual Dinner, **Royal Society of Health Journal**, v.86, n.6, p. 311-313, 1966. doi:10.1177/146642406608600603

UM BRASILEIRO CHEFIA O COMBATE MUNDIAL ÀS DOENÇAS. **O GLOBO**, Rio de Janeiro, ano XXIX, nº 8301, 01 de Junho de 1953. p.1; p.6.

VASCONCELOS, Ivolino de. Ministro da Saúde do Mundo. **A Tarde**, 16 de fevereiro de 1983.

WEGMAN, Myron E. Marcolino Gomes Candau, **AJPH**, v.73, n.12, p.1407-1408, December 1983.

Referências bibliográficas

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 3. 1963, Brasília. **Anais**. [Brasília, DF]. Promovido pelo Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

AFONSO, M. M.; FERNANDES, A. P. **abCD: Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento**. Lisboa: [s.n], 2005.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v.2, n.1, pp.7-14, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100002>. Acesso em: 24 set 2022.

ASSIS, Raquel Anne Lima de. A Inteligência Norte-americana e a Crise dos Mísseis de 1962, **Cadernos do Tempo Presente**, São Cristóvão, v. 10, n. 02, p. 124-132, jul./dez. 2019.

BERRIDGE, Virginia. History in Public Health: a New Development for History?, **Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health**, v.1, n.1, p.23–35, 1999. Disponível em: <http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/ra/003/paper.pdf>. Acesso em 23 mar. 2018.

BHATTACHARYA, Sanjoy. **Expunging Variola: the Control and Eradication of Smallpox in India, 1947 - 1977**. Hyderabad: Orient Longman, 2006.

_____. Multifaceted contributions: health workers and smallpox eradication in India, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.955-964, 2008.

BHATTACHARYA, Sanjoy; CAMPANI, Carlos Eduardo D'Avila Pereira. Re-assessing the Foundations: Worldwide Smallpox Eradication, 1957–67, **Med. Hist.**, n.1, v.64, pp. 71–93, 2020.

BHATTACHARYA, Sanjoy; DASGUPTA, R. A Tale of Two Global Health Programs – Smallpox Eradication's Lessons for the Antipolio Campaign in India, **American Journal of Public Health**, v.99, n.7, p. 11-76-1184, July 2009.

_____. Smallpox and polio eradication in India: comparative histories and lessons for contemporary policy, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 2, p.433-444, 2011.

BIRN, Anne-Emanuelle. **Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico**. Rochester: University of Rochester Press, 2006.

_____. The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history?, **Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**, v.4, n.1, 50-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17441690802017797>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Backstage: the relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940-1960, **Public Health**, v.128, p.129-140, 2014.

_____. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda, **Hypothesis**, v.12, n. 1, e8, p.1-27, 2014. doi:10.5779/hypothesis. v12i1.229.

BLACKTON, Charles, S. The Colombo Plan. **Far Eastern Survey**, v.20, n.3, 1951, p. 27-31. Disponível em: <www.jstor.org/stable/3024398>. Acesso em 07 set. 2021.

BOMENY, Helena. Miguel Couto: o árbitro moral do Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade (orgs.). **Médicos Intérpretes do Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. pp,27-52.

BOURDIEU, Pierre. Le capital social, **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.31, pp. 2-3, Janvier 1980. Disponível em: <https://www.persee.fr/docAsPDF/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

_____. A ilusão biográfica. In: Ferreira, Marieta de Moraes e Amado, Janaína. **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.183-192.

_____. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência – Estudos de política social. Coleção Saúde em Debate. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRAGANÇA, Waldenir de. **O Brasil na Organização Mundial de Saúde através de Marcolino Candau.** Niterói: Instituto Vital Brasil, 2008.

BROWN Theodore M, CUETO Marcos, FEE Elizabeth. A transição de saúde pública "internacional" para "global" e a Organização Mundial de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.13, n.3, p.623-647, jul-set, 2006

CAMPBELL, Eugene P. The Role of the International Cooperation Administration in International Health, **Archives of Environmental Health: An International Journal**, v.1, n.6, p.502-511. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00039896.1960.10662725>. Acesso em 23 jan. 2023.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas – o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 318p. Coleção História e Saúde.

_____. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.879–888, 2008.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300010>. Acesso em 04 dez. 2022.

CHADAREVIAN, Soraya de. Human population studies and the World Health Organization, **Dynamis**, v.35, n.12, p.359-388, 2015.

CHARLES, John. Origins, History, and Achievements of the World Health Organization, **British Medical Journal**, n.2, p.293-296, 1968.

COHEN, Justin M. "Remarkable solutions to impossible problems": lessons for malaria from the eradication of smallpox, **Malar J**, v.18, n.323, p.2019, pp.1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12936-019-2956-y>. Acesso em 14 ago 2021.

CONRAD, Sebastian. **What is global history?** New Jersey: Princeton University Press, 2016.

COSTA, Eduardo de Azeredo. **1967: um mergulho no Amazonas – em busca da medicina pública para o Brasil**. Barueri, SP: Novo Século Editora, 2018.

CUETO, Marcos. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1940. In: WEINDLING, P. (org**,). International Health Organizations and movements, 1918-1939**. Cambrige: Cambridge University Press, 1995.

_____. **El valor de la Salud – História de la Organización Panamericana de la Salud.** Publicación Científica y Técnica No.600. Washington DC: OPS, 2004.

_____. **Cold War, deadly fevers: malaria eradication in Mexico (1955-1975).** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007

_____. International health, the early cold war and Latin America, **Can Bull Med Hist**., v.25, n.1, p.17-41, 2008. doi: 10.3138/cbmh.25.1.17. PMID: 18831142.

_____, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The World Health Organization: A History**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. **Medicina e Saúde Pública nas Américas: um história.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

_____, Marcos; REINALDA, Bob. '**Candau, Marcolino Gomes'**. In: Bob Reinalda, Kent J. Kille and Jaci Eisenberg (ed). IO BIO, Biographical Dictionary of Secretaries-General of International Organizations, 2015. Edited by, www.ru.nl/fm/iobio, Accessed 03 abr. 2019.

CVJETANOVIC, Branko. Homage to Andrija Stampar, **World Health Forum**, v.11, p.376-380, 1990.

ELIOT, Martha M. Advisory Services Of The World Health Organization, **BMJ**, v.1, n.4661, pp. 1027-1032, May 6, 1950.

ESCOREL. Sara. Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 8, p.2453-2460, 2015.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.9, n.3, p.561-90, set.-dez. 2002

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

_____. **Brock Chisholm, the World Health Organization and the Cold War**. Vancouver: UBC Press, 2008.

FEE, Elizabeth; CUETO Marcos; BROWN, Theodore M. At the Roots of The World Health Organization's Challenges: Politics and Regionalization, **Am J Public Health**, v.106, n.11, p.1912-1917, Nov. 2016. doi: 10.2105/AJPH.2016.303480. Erratum in: Am J Public Health. 2016 Dec; v.106, n.12, p. 10. PMID: 27715303; PMCID: PMC5055806.

FENNER, Frank. A successful eradication campaign, **Reviews of infectious diseases**, v.4, n.5, september-october 1982.

FENNER, Frank; HENDERSON, Donald; ARITA, Isao; JEZEK, Zdenek; LADNYI, Ivan Danilovich. **Smallpox eradication and its success**. WHO, Geneva, 1988.

FERNANDES, Tania Maria Dias; HOCHMAN, Gilberto.; CHAGAS, Daiana Crús. **Claudio do Amaral Jr e a erradicação da varíola: Fundação SESP e Campanha de Erradicação da Varíola**. [s.d]. Entrevista online, disponível em: < https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/pesquisa/divulgacao-cientifica/35-patrimonio-cultural/1810-claudio-do-amaral-jr-e-a-erradicacao-da-variola-fundacao-sesp-e-campanha-de-erradicacao-da-variola.html#_ftn3>. Acesso em 27 ago. 2022.

FOEGE, William H. **House on Fire: the Fight to Eradicate Smallpox**. Berkeley: University of California Press, 2011.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

GALEANO, Eduardo H. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

GREENOUGH, Paul. “Uma louca e maravilhosa jornada": epidemiologistas de campo do CDC nas epidemias de varíola e cólera do Paquistão Oriental em 1958. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2011, v. 16, n. 2, pp. 491-500. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200012>. Epub 14 Fev 2011. Acesso em 3 set. 2022. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200012.

HAMBLIN, Jacob Darwin., 'Turf Wars and Green Revolutions'. In: Hamblin, J. D. **The Wretched Atom: America's Global Gamble with Peaceful Nuclear Technology**. New York, 2021; online edn, Oxford Academic, 22 Apr. 2021. pp.123-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oso/9780197526903.003.0006>. Acesso em:14 jan. 2023.

HARRISON, Mark. A Global Perspective: Reframing the History of Health, Medicine, and Disease Bulletin of the History of Medicine, v.89, n.4, pp. 639-689, Winter 2015.

HARTMANN, Betsy. Population Control, Health and well-Being – Population control I: birth of an ideology, **International Journal of Health Services**, v.27, n.3, p.523-540, 1997.

HENDERSON, Donald A. Smallpox Eradication – a victory of Cold War, **World Health Forum**, n.2, v.19, p.113-119, 1998.

_____. Smallpox: Dispelling the myths, **Bulletin of the World Health Organization**, v.86, n.12, pp.917-919, dec. 2008.

_____. **Smallpox: The Death of a Disease**. Amherst: Prometheus Books, 2009.

_____. The eradication of smallpox – An overview of the past, present and future, **Vaccine**, v.29, sup.4, 30 Dez. 2011, pp. D7-D9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11009546>. Acesso em 09 jul. 2022.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945), **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

_____. From autonomy to partial alignment: National Malaria Programs in the time of Global Eradication, Brazil, 1941-1961, **CBMH/BCHM,** v.25, n.1, p.161-192, 2008.

_____. Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda, **Medical History**, n.53, p. 229–252, 2009.

_____. O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960), **Sociologias**, Porto Alegre, ano 12, n.24, p. 158-193, mai./ago. 2010.

_____. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.16, n.2, 2011, pp. 375-386. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>. Aceso em 13 set. 2022.

_____. **A Era do Saneamento**.3ed. São Paulo: Hucited Editora, 2012.

_____. Quando e como uma doença desaparece. A varíola e sua erradicação no Brasil, 1966/1973, **Revista Brasileira de Sociologia**, Seção Especial: Pandemia Covid-19, v.9, n.21, jan-abr 2021, pp.103-128: DOI: https://doi.org/10.20336/rbs.787. Acesso em: 10 set. 2022.

HOCHMAN, Gilberto; PALMER, Steven. A Canada-Brazil Network in the Global Eradication of Smallpox, **Canadian Journal of Public Health**, v.101, n.2, march/april 2009.

HOWARD-JONES, Norman; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938**. Geneva: World Health Organization, 1975. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62873>. Acesso em 14 abr. 2021.

_____.. **International public health between the two world wars: the organizational problems**. Geneve: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39249>. Acesso em: 03 jul 2022.

_____. **The Pan American Health Organization: origins and evolution**. Geneva: World Health Organization, 1981. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39250>. Acesso em 23 jul. 2022.

HOWARD-JONES, Norman. The World Health Organization in Historical Perspective, **Perspectives in Biology and Medicine**, v.24, n.3, p.467–482, 1981. doi:10.1353/pbm.1981.0011

JIMÉNEZ, Marguerite Rose. **Polio and the politics of policy diffusion in Latin America.** Tese. Doutorado (Political Science) Faculty of the School of Public Affairs of American University. 2013. American University: Washington, D.C, 2016. 479p.

KANT, Immanuel. **A paz perpétua – Um projecto filosófico.** Coleção Textos Clássicos de Filosofia. Covilhã: Universidade da Beira Interior: LusoSofia Press, 2008.

KINGDOM, John W. **Agenda, Alternatives and Public Policies**. 2ed. Harlow: Pearson Education Limited, 2014.

LABRA, Eliana. O Movimento Sanitarista nos anos 20, da conexão sanitária internacional à especialização em Saúde Pública no Brasil. Monografia. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1985.408p.

LENT, H. **O Massacre de Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

LEVI, Giovanni. Usos da biografia. In: Ferreira, Marieta de Moraes e Amado, Janaína. **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.167-182.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana Da Saúde: Uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.23-106.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina. M. O. História da especialização em Saúde Pública no Brasil: nota introdutória. In: LIMA, N.T., FONSECA, C.M.O; SANTOS, P.R.E. (orgs). **Uma escola para a saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 268p. p.25-38.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho (orgs). Saúde e **Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp.27-58.

LIMA, Nísia; HOCHMAN, Gilberto. Trindade. "Pouca saúde e muita saúva" sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 492-533. ISBN 978-85-7541-311-1. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

LÍTSIOS, Socrates. The World Health Organization's changing goals and expectations concerning malaria, 1948-2019, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.27, supl., p.145-164, set. 2020.

LÍTSIOS, Socrates. Malaria Control, the Cold War and the Postwar Reorganization of International Assistance, **Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness**, v.17, n.3, p.255-278, 1997.

LOPES, Gabriel. **O feroz mosquito africano no Brasil: o *Anopheles gambiae* entre o silêncio e a sua erradicação (1930-1940)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. 227p. Coleção História e Saúde.

MAGALHÃES, Rodrigo César da Silva. **A erradicação do *Aedes aegypti*: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MANELA Erez. A Pox on Your Narrative: Writing Disease Control into Cold War History. **Diplomatic History**, v.34, n. 2, p.299-323, 2010.

MANTON, John; GORSKY, Martin. Health Planning in 1960s Africa: International Health Organisations and the Post-Colonial State, **Med. Hist.**, v.62, n.4, pp. 425–448, 2018. doi:10.1017/mdh.2018.41

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. The concept of the regionalization of the Sistema Único de Saúde and its historical time, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019. Available at: <http:// www.scielo.br/hcsm>

MIRANDA, Gabriela; HOCHMAN, Gilberto. Selecionar, cuidar e encaminhar: os médicos na Batalha da Borracha (1942-1944), **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v.16, n.3, p.1-25, 2021.

MUNIZ, E. S. A. **Basta Aplicar Uma Injeção? Saúde, Doença E Desenvolvimento: O Programa De Erradicação Da Bouba No Brasil (1956-1961)**. 2009. (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 139f.

MUMFORD, Stephen D. The Vatican and World Population Policy An Interview with Milton P. Siegel by Stephen D. Mumford. In: MUMFORD, Stephen **D. The Life and Death of NSSM 200: How the destruction of a political will doomed a U.S. Population Policy.** 1996, *online*. Disponível em:< https://www.population-security.org/29-APP3.html>. Acesso em 16 jan. 2023.

OLIVEIRA JAA, TEIXEIRA SMF. Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973). In: Oliveira JAA, Teixeira SMF. **A (Im) Previdência Social Brasileira.** Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1985. p. 201-234.

OSTERHÄMMEL, Jürgen. **The Transformation of the World: A Global History of the Nineteenth Century**. Princeton University Press, 2014. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt5hhqn4>. Acesso em 14 de abr. 2021.

PACKARD, Randall. M. Malaria dreams: Postwar visions of health and development in the third world, **Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness**, v.17, n. 3, p.279-296, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.1997.9966141>. Acesso em: 16 nov 2019.

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

_____. **The making of a tropical disease a short history of malaria**. Baltimore: Johns Hopkins, 2007.

_____. **A history of global health – interventions into the lives of other peoples**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016.

PACKARD, Randall. M.; BROWN, Peter J. Rethinking health, development, and malaria: historicizing a cultural model in international health, **Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness**, v.17, n3, p.181-194, 1997.

PACKARD, Randall. M.; GADELHA, Paulo. A land filled with mosquitoes: Fred Soper, the Rockefeller Foundation, and the Anopheles Gambie invasion in Brasil, **Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness**, v.17, n. 3, 1997, p.215-238.

PAIM, Jairnilson. S.; ALMEIDA Filho, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista De Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299–316, 1998. https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001. Acesso em 14 jan. 2023.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v. 21, n. 1,. 2014 [Acessado 27 Agosto 2022], pp. 15-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. ISSN 1678-4758.

PAKHOMOV, Oleg. The Cold War and Countercultural Origins of Globalization, **Journal of Globalization Studies**, v.12, n.2, p. 103-118, november 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30884/jogs/2021.02.05>. Acesso em 5 set. 2022.

PALMER, Steven. **Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015.

PÉRGOLA, Frederico. Hitos e Protagonistas – Carlos Alberto Alvarado y el Paludismo. **Rev Argent Salud Pública**, v.3, n.13, p.42-43, Diciembre 2012. Disponível em: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen13/42-43.pdf>. Acesso em: 08 set 2021.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos. Henrique Assunção.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.819-829, 2008.

PIRES-ALVES, Fernando. A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FALLEIROS, Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 151-178.

QUIJANO, Aníbal. Dependência, mudança social e urbanização na América Latina. In: ALMEIDA, Fernando Lopes (org). **A questão Urbana na América Latina**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

RAJ, Kapil. **Relocating modern science: circulation and the construction of knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900**. New York: Palgrave Macmillan, 2007.

RAŠKA, Karel. Epidemiologic Surveillance in the Control of Infectious Disease, **Reviews of Infectious Diseases**, v.5, n.6, pp. 1112–17, 1983. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4453231>. Acesso em: 24 set. 2022.

RICHARDS Linda M. 1945-1964 WHO's Right to Health? **N.T.M.**, v.30, n.2, p.137-165, jun.2022. doi: 10.1007/s00048-022-00333-y. Epub 2022 May 24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9160140/>. Acesso em: 14 jan.2023

REINHARDT Bob. The Global Great Society and the US commitment to smallpox eradication, **Endeavour**, v.34, n. 4, p.164-72, dec. 2010. doi: 10.1016/j.endeavour.2010.09.006. Epub 2010 Oct 20. PMID: 20965570.

_____. The end of a global pox: America and the eradication of smallpox in the cold war era. University of North Carolina: University of Carolina, 2015

ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUGER, Jennifer Prah. The changing role of the World Bank in global health, **Am J Public Health**, v.95, n.1, p.60-70. Jan 2005. doi: 10.2105/AJPH.2004.042002. PMID: 15623860; PMCID: PMC1449852.

SÁ, Dominichi Miranda. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital", **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.333-348, jul. 2009

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina. O ensino da saúde pública no Brasil: Os primeiros tempos no Rio de Janeiro, **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 2, p. 291-324, 2006.

SCHNEIDER, W. H. The Long History of Smallpox Eradication: Lessons for Global Health in Africa. In: GILES-VERNICK, T.; WEBB Jr., J. L. A., **Global Health in Africa: historical perspectives on disease control**. Ohio University Press: Athens, Ohio, 2013

SMALLPOX: dispelling the myths. **Bull World Health Organ**, v.86, n.12, p. 917-919, 2008. doi:10.2471/blt.08.041208

SIDDIQI, Javed. **World Health and World Politics: the World Health Organization and the UN System**. United Kingdom: C. Hurst & Co., 1995.

SILVA, Renato da.; HOCHMAN, Gilberto. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960), **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.519-543, abr-jun. 2011.

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

STAPLES, Amy L. S. **The birth of Development – How the World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization changed the world, 1945-1965**. Kent State University Press: Kent, Ohio, 2006

STEPAN, Nancy Leys. **Eradication: Ridding the World of Diseases Forever?**. Reaktion Books, Limited, 2019. ProQuest Ebook Central. Disponível em: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/graduateinstitute/detail.action?docID=1582277>. Acesso em 03 abril 2021.

STEVENS Rosemary A. Health care in the early 1960s. **Health Care Financ Rev**., winter; v.18, n2, p. 11-22, 1996. PMID: 10167851; PMCID: PMC4193636.

VARGHA, Dora. The Socialist World in Global Polio Eradication, **Revue d'études comparatives Est-Ouest**, v. 1, n. 1, 2018, pp. 71-94. Disponível em: < https://www.cairn.info/revue-d-etudes-comparatives-est-ouest-2018-1-page-71.htm?contenu=citepar>. Acesso em 06 dez. 2021.

WEBB Jr, James. L. A. The First Large-Scale use of Synthetic Insecticide for Malaria Control in Tropical Africa: Lessons From Liberia, 1945-1962. In: GILES-VERNICK, Tamara; WEBB Jr, James L.A. (eds.), **Global Health in Africa: Historical Perspectives on Disease Control**. Athens, OH: Ohio University Press, 2013. p. 42-69.

WEISZ, George, NANNESTAD, Beata. The World Health Organization and the global standardization of medical training, a history, **Global Health**, v.17, n.96, páginas, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00733-0>. Acesso em: 06 nov. 2022.

WERNER, Michael; ZIMMERMAN, Bénédicte. Pensar a história cruzada: entre empiria e reflexividade, **Textos de História**, v.11, n.1/2, p.89-127, 2003.

WESTAD, Odd Arne. **The Cold War: A World History**. New York: Basic Books, 2017.

WILD, Christopher. P.; SARACCI, Rodolfo**. International Agency for Research on Cancer: the first 50 years, 1965–2015**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2015.

Sites

BRAGANÇA, Waldenir. **Marcolino Gomes Candau**. Sociedade Brasileira de Higiene e Saúde Pública [s.d.]. Disponível em: <https://www.sobrahsp.org.br/marcolino-candau>. 29 de abr. 2023.

BRITANNICA, The Editors of Encyclopaedia. "Chemical Banking Corporation". **Encyclopedia Britannica**, 22 Jan. 2015. Disponível em: <www.britannica.com/topic/Chemical-Banking-Corporation>. Acesso em 05 nov. 2021.

CACHAPUZ, Paulo Brandi, Getúlio Vargas. In: Centro De Pesquisa E Documentação De História Contemporânea Do Brasil. **Verbetes – Primeira República**. s.d. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/VARGAS,%20Get%C3%BAlio.pdf> Acesso em: 15 jul. 2023.

EMILIO PAMPANA. US National Library of Medicine – Digital Collections. Disponível em: <http://resource.nlm.nih.gov/101437198>. Acesso em 20 ago 2021.

HISTORY OF WHO. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/about/history>. Acesso em 18 jul. 2023.

LOWELL REED. Department of Biostatistics. Disponível em: <https://publichealth.jhu.edu/departments/biostatistics/about/history/lowell-reed>. Acesso em: 08 abr. 2023.

OMS RECOMENDA NOVO NOME PARA VARÍOLA DOS MACACOS. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 28 nov. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-11-2022-oms-recomenda-novo-nome-para-variola-dos-macacos#:~:text=Genebra%2C%20Su%C3%AD%C3%A7a%2C%2028%20de%20novembro,var%C3%ADola%20dos%20macacos%20(monkeypox).>. Acesso em 20 abr. 2023.

ORAL HISTORY Interview with Henry Van Zile Hyde, Bethesda, Maryland, July 24, 1975 by Richard D. McKinzie. Disponível em: <https://www.trumanlibrary.gov/library/oral-histories/hydehvz2#126>. Acesso em: 27 jun. 2023

HISTORY OF THE POLIO VACCINE – a crippling and life-threatening disease. **World Health Organization**. Disponível em: < https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-polio-vaccination?topicsurvey=ht7j2q)&gclid=Cj0KCQjw7PCjBhDwARIsANo7CgmdFG9Npu4_2nLEh89LiLESXTs5dQnSYvCHQ41lzI5nDUbbvZApiWcaAlOsEALw_wcB>. Acesso em 04 jun. 2023.