

NOTAS SOBRE A PANDEMIA - Guerra Fria, Febres Mortais: A Erradicação da Malária no México, 1955 – 1975 (trechos selecionados da Introdução)



*Referência para a tradução: CUETO, Marcos. **Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955 - 1975.** Washington. Woodrow Wilson Center Press. 2007.*

Por Marcos Cueto
Tradução: Yago Paiva

Introdução: o peso de uma infecção

A malária ficou conhecida como "o rei das doenças" e o "maior problema de saúde do mundo", porque foi, e ainda é, uma das principais doenças infecciosas do planeta¹. Todo ano, mais de 300 milhões de pessoas buscam tratamento médico para a malária, e um milhão morre dessa doença causada por um inseto tipicamente rural². Esforços para controlar o desenvolvimento da malária no mundo tem história intrincada e fascinante, que não foi totalmente explorada.

¹ Ver Socrates Litsios, *The Tomorrow of Malaria* (Karori, N.Z.: Pacific Press, 1997), 13; and A. J. Kennel, ed., *Malaria* (London: Wellcome Trust, 1991), 3.

² David A. Warrell and Herbert M. Gilles, eds., *Essential Malariology*, 4th ed. (London: Arnold, 2002); Jeffrey D. Sachs and Pia Malaney, "The Economic and Social Burden of Malaria," *Nature* 415 (2002): 680–85.

Além disso, as lições dessa história - as vantagens e limitações do que foi feito - receberam pouca atenção e, até o momento, têm sido desperdiçadas. Este livro busca examinar a interação de fatores médicos, políticos e culturais no desenvolvimento de um grande esforço para eliminar a malária durante os anos 1950 em um dos maiores países da América Latina, o México. A erradicação da malária se tornou um imperativo entre 1955 e o final da década de 1960, e suscitou processos contraditórios de apropriação e resistência locais³.

Os sintomas básicos, a etiologia e a transmissão da malária foram estabelecidos na virada do século XX por cientistas italianos, britânicos e franceses⁴. A malária é geralmente caracterizada por febres intermitentes, calafrios, bater dos dentes, tremores, dores de cabeça, sensação de frio insuportável, arrepios incontroláveis, transpiração intensa e, ocasionalmente, danos cerebrais. Esses sintomas podem durar de algumas semanas a alguns anos. Ademais, onde a malária é comum, as pessoas geralmente adquirem resistência após contrair a doença muitas vezes, frequentemente fazendo com que os sintomas sejam menos graves em adultos e mais agudos em crianças dessas regiões endêmicas. Os recém-chegados a áreas de malária também sofrem episódios mais intensos da doença.

Das mais de quatrocentas espécies do mosquito *Anopheles*, aproximadamente setenta são vetores da malária. As duas espécies mais importantes no México durante os anos 1950 foram *A. pseudopunctipennis* e *A. albimanus*⁵. A malária é causada por um protozoário parasitário do gênero *Plasmodium*. A infecção natural ocorre quando a *Anopheles* fêmea injeta *Plasmodium* na busca por sangue humano para produzir os seus ovos. Os seres humanos são comumente infectados por quatro espécies desse parasita: *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. ovale*, e *P. malarie*. *P. vivax*, também conhecido como “benigno” ou “tertiano”, era o mais comum dessas quatro espécies no México e na América Latina durante o século XX. O termo “benigno” e “tertiano” indicam que a febre que vem a cada três dias é raramente fatal. Embora pessoas que contraem esse tipo de malária geralmente

³ Sobre história e saúde pública, ver Enrique Perdíguero Gil, Josep Bernabeu Mestre, Rafael Huertas García, and Esteban Rodríguez Ocaña, “History of Health: A Valuable Tool in Public Health,” *Journal of Epidemiological Community Health* 55, no. 9 (2001): 667–73.

⁴ Herbert M. Gilles and David A. Warrell, eds., *Bruce-Chwatt’s Essential Malariology*, 3rd ed. (London: Arnold, 1993).

⁵ Luís Vargas, “Malaria along the Mexico–United States Border,” *Bulletin of the World Health Organization* 2, no. 4 (1950): 611–20.

não morram imediatamente, elas ficam debilitadas e experenciam recorrência de febres drásticas. Casos envolvendo *P. falciparum*, ou a malária “maligna”, eram comuns na América Latina, especialmente no Brasil, durante o final do século XX⁶. O termo “maligno” expressa o resultado comumente letal desse tipo da doença, que geralmente ocorre dentro de poucos dias ou semanas.

A transmissão da malária é diferente da febre amarela, outra importante infecção provocada por mosquito na história médica da América Latina. A versão urbana da febre amarela é transmitida pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Os locais preferidos de reprodução para esse mosquito são recipientes domésticos e artificiais de água e reservatórios limpos, onde ele deposita seus ovos. Essa espécie é raramente encontrada longe de habitações e tem dificuldades para voar longas distâncias⁷. Ao contrário do *Aedes aegypti*, a fêmea *Anopheles* prefere pântanos e lagoas como locais de reprodução, evita a luz, se alimenta e é ativo à noite, e normalmente não vive próximo de residências humanas. Resumindo, é um inseto mais forte. Uma característica importante do *Anopheles* é sua habilidade de voar distâncias mais longas do que outros insetos sugadores de sangue. Outra diferença significativa é que a febre amarela, uma vez contraída, ao contrário da malária, pode conferir imunidade por toda a vida.

Em 1900, pouco depois que a guerra Hispano-Americana foi disputada parcialmente em Cuba, uma comissão do Exército dos Estados Unidos em Havana utilizou ideias de Carlos Finlay, um médico cubano, para demonstrar que a febre amarela era transmitida de uma pessoa doente para uma saudável pelo mosquito *Aedes aegypti*. Em 1901, o coronel americano William Gorgas acabou com a febre amarela ao livrar Havana do *Aedes*. Ele depois aplicou este método no Panamá, o que viabilizou a construção do canal de 1904 a 1914. Essas realizações convenceram organizações filantrópicas privadas, como a *Rockefeller Foundation*, que campanhas conduzidas no estilo militar alcançariam resultados similares em qualquer lugar. Ao longo dos anos 1920, a fundação lançou campanhas contra a febre amarela em numerosas cidades latino-americanas, incluindo algumas no México e no Peru. Operações de controle da febre amarela

⁶ Oswaldo Jose da Silva, “Malaria Eradication in the Americas,” in *Infectious Diseases: Their Evolution and Eradication*, ed. Aidan Cockburn (Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1967), 309–30

⁷ W. G. Downs, “History of Epidemiological Aspects of Yellow Fever,” *Yale Journal of Biology and Medicine* 55 (1982): 179–85.

e a nova especialidade médica da medicina tropical se tornaram importantes instrumentos de expansão internacional da influência europeia e americana.

Apesar de anteriormente encontrada, a partir do final do século XIX, em grande parte do mundo, incluindo zonas temperadas da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, a malária se tornou restrita a regiões tropicais e subtropicais, particularmente em países pobres com pouco saneamento rural, como o México. Durante a primeira metade do século XX, dois esforços diferentes de controle da malária tiveram efeitos contraditórios sobre os esforços internacionais para combater a malária.

O primeiro esforço de controle da malária decorreu de duas decisões cruciais tomadas pelo governo dos EUA à medida que buscavam eliminar a doença da América do Sul. Primeiro, a Lei Agrícola de 1933 forçou moradores de cabanas rurais a se mudarem para cidades maiores e outras partes mais saudáveis do país, onde serviços de saúde estavam disponíveis. Essa decisão não apenas diminuiu as possibilidades de contato entre humanos e mosquitos como também possibilitou ajuda médica em caso de uma pessoa contrair a doença. Segundo, durante os anos 1940, a Autoridade do Vale do Tennessee (TVA), parte do *New Deal*, implementou um vasto conjunto de medidas, como saneamento básico. Estas incluíam a construção de barragens e drenagem de pântanos, fornecimento de quinino para as pessoas que sofriam de febres recorrentes, telas mosquiteiro para janelas e portas em áreas rurais, promoção de educação em saúde, e emprego de outros esforços de controle. Como resultado, a malária se tornou ocorrência rara no sul dos Estados Unidos⁸.

O segundo e muito diferente esforço de controle da malária ocorreu no Ceará, um estado do nordeste do Brasil, que foi invadido pelo perigoso *Anopheles gambiae*, da África, durante os anos 1930. Utilizando larvicidas potentes em águas paradas e seguindo um estrito estilo de disciplina militar, Fred L. Soper, um oficial da Rockefeller Foundation, controlou a epidemia de malária e destruiu todos os remanescentes dessa espécie⁹.

⁸ Margaret Humphreys, *Malaria: Poverty, Race, and Public Health in the United States* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001).

⁹ Ver Randall M. Packard and Paulo Gadelha, "A Land Filled with Mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation, and the *Anopheles Gambiae* Invasion of Brazil," *Parassitologia* 36 (1994): 197–213.

A experiência de Soper e da TVA sugeriram aos especialistas médicos que a malária era controlável, embora não estivesse claro se os métodos mais flexíveis, integrados, experimentados nos Estados Unidos, eram mais efetivos do que os métodos focados que Soper utilizou no Brasil. Essa questão não seria resolvida até alguns anos depois, em parte porque a malária não era significativa nos Estados Unidos e na Europa Ocidental em meados do século XX. Ao contrário, ficou associada a países remotos de clima quente. A doença apenas se tornaria importante novamente com a Segunda Guerra Mundial, quando soldados americanos lutaram em áreas de malária e passaram a sentir febres intermitentes mais frequentemente do que os inimigos. Novas técnicas relacionadas à medicina militar surgiram, como o uso do inseticida DDT e da droga sintética cloroquina, que foram cruciais para os Aliados na Itália, no Norte da África, na Grécia e no Pacífico, e posteriormente se transformaram nos pilares técnicos das operações de erradicação dos anos 1950¹⁰. As experiências dos militares seriam usadas mais tarde para argumentar que as técnicas antimaláricas de Soper foram mais efetivas e baratas do que o programa de controle da malária da TVA.

O nome técnico do pó ceroso branco conhecido como DDT é *dichlorodiphenyl-trichloroethane*¹¹. Embora ele tenha sido sintetizado originalmente em 1854, suas propriedades inseticidas foram descobertas apenas em 1939 pelo pesquisador suíço Paul Muller, enquanto ele estava trabalhando na Suíça para uma subsidiária alemã da companhia alemã Bayer. O DDT foi utilizado pela primeira vez em 1944 para controlar a epidemia de tifo, uma doença transmitida pelo piolho do corpo humano, que matou milhões no final da Primeira Guerra Mundial. Nessa época, havia um grande medo de que a Segunda Guerra Mundial criasse condições similares para a disseminação do tifo. Primeiramente soldados, e depois civis e sobreviventes dos campos de concentração, foram literalmente pulverizados com o novo inseticida.

¹⁰ A invasão japonesa das Índias Orientais Holandesas em 1942 cortou a fonte primária mundial de quinino. Pesquisas e explorações dos EUA na Amazônia ajudaram a desenvolver Atabrine. Ver William H. Taliaferro, "Malaria," in *Medicine and the War*, ed. William H. Taliaferro (Chicago: University of Chicago Press, 1944), 55–75; C. W. Hays, "The United States Army and Malaria Control in World War II," *Parassitologia* 42, nos. 1–2 (2000): 47–52; and R. J. Joy, "Malaria in American Troops in the South and Southwest Pacific in World War II," *Medical History* 43, no 2 (1999): 192–207.

¹¹ Oswald T. Zimmerman and Irvin Lavine, *DDT: Killer of Killers* (Dover, N.H.: Industrial Research Service, 1946).

No entanto, rapidamente o DDT começou a ser usado para eliminar o mosquito *Anopheles*. Durante e imediatamente depois da Segunda Guerra Mundial, os funcionários do Gabinete de Controle da Malária em Áreas de Guerra do Exército dos EUA e a Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação¹² (que foram criadas pelos Aliados, com sede em Washington) começaram a glorificar o DDT e se convenceram que o controle de doenças epidêmicas era possível sem melhorias significativas na saúde pública¹³. No início da guerra, uma série de projetos relacionados à malária baseados no DDT foram realizados com sucesso em vários países pequenos e ilhas como a Córsega e a Grécia, assim como em regiões afetadas por doenças de nações e territórios maiores como a Itália, a Venezuela e a Guiana Britânica.

A história da cloroquina também está relacionada à Segunda Guerra Mundial. O quinino, remédio tradicional para a malária, se tornou escasso para as forças Aliadas em 1942, depois que os japoneses ocuparam o principal fornecedor no mundo, as Índias Orientais Holandesas. Um Programa de Desenvolvimento de Drogas contra a Malária do Exército dos EUA foi rapidamente estabelecido, e, em 1942, poderosas drogas sintéticas antimalária foram testadas e produzidas, como cloroquina, atebrina, primaquina, proguanil e pirimetamina. Como no caso do DDT, existia uma ligação a descobertas médicas alemãs anteriores. Os poderes supressor e terapêutico da mais efetiva dessas drogas, a cloroquina, foram descobertos em 1939 por químicos alemães da Bayer, que lhe deram o nome de *resochin*. Em 1941, graças a um acordo comercial entre a Bayer e uma companhia francesa, o desenvolvimento da droga foi transferido à Tunísia para estudos clínicos. Quando as forças Aliadas invadiram a Tunísia, em 1943, cientistas franceses, que lá trabalhavam, passaram suas informações clínicas e o estoque remanescente para o Exército dos EUA. Pouco depois, a cloroquina começou a ser utilizada para proteger os soldados americanos. Em 1946, o Exército dos EUA disponibilizou a droga para as populações civis, e ela começou a ser produzida

¹² N. do T.: Os nomes originais das agências são, respectivamente, Office of Malaria Control in War Areas of the U.S. Army e United Nations Relief and Rehabilitation Administration.

¹³ A Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação foi criada em 1943, quando quarenta e quatro nações Aliadas assinaram acordo para coordenar o auxílio de vítimas da guerra, através da provisão de comida, roupa e serviços médicos. Ver George Woodbridge, *UNRRA: The History of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, 3 vols. (New York: Columbia University Press, 1950); e Darwin H. Stapleton, "A Lost Chapter in the Early History of DDT: The Development of Anti-Typhus Technologies by the Rockefeller Foundation's Louse Laboratory, 1942–1944," *Technology and Culture* 46, no. 3 (2005): 513–40.

pela companhia americana Winthrop Steams¹⁴. Esses desenvolvimentos foram paralelos a pesquisas sobre outras drogas antimalária. Em 1938, a Winthrop Steams deu ao Exército dos EUA amostras de atebrina, uma droga que também foi sintetizada anteriormente por alemães. Em 1942, a atebrina começou a ser distribuída para as tropas no sudoeste do Pacífico. No entanto, a cloroquina encontrou menor resistência, e se tornou a droga escolhida, porque ela não alterava a cor da pele (outras drogas deixavam a pele amarela) e era mais efetiva do que a atebrina.

O principal desdobramento da experiência militar americana com a malária foi que, nos anos 1950, essa doença se tornou o tema quintessencial para as novas agências de saúde que operavam em países em desenvolvimento, como a febre amarela havia sido para os militares e a Rockefeller Foundation durante o início do século XX. Em 1955, a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e as agências de assistência bilateral dos EUA lançaram uma campanha para eliminar a malária das nações em desenvolvimento¹⁵. Como resultado, as campanhas militares e as iniciativas tecnologicamente orientadas que foram realizadas contra a malária se tornaram as bases para os novos esforços mundiais de combate à doença.

Uma discussão sobre a erradicação da malária precisa ser enquadrada pela política e pela retórica das duas primeiras décadas da Guerra Fria entre Estados Unidos e o bloco soviético, do final década de 1940 até meados da década de 1960¹⁶. Esse período foi marcado pelos esforços do governo dos EUA para prevenir a difusão do comunismo nos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, os Estados Unidos não estavam somente exercendo papel de liderança nas

¹⁴ Wallace Peters, *Chemotherapy and Drug Resistance in Malaria* (London: Academic Press, 1970), 5.

¹⁵ Uma história geral da malária é Gordon Harrison, *Mosquitoes, Malaria and Man: A History of the Hostilities since 1880* (New York: Dutton, 1978). Um estudo da malária nos Estados Unidos antes da erradicação é Humphreys, *Malaria*. Para um estudo geral da Organização Mundial da Saúde, ver José A. Nájera, “Malaria and the Work of WHO,” *Bulletin of the World Health Organization* 67, no. 3 (1989): 229–43. As edições especiais da revista *Parassitologia*, de 1994, 1998 e 2000, evidenciam o interesse crescente na malária entre os historiadores: “Malaria and Ecosystems: Historical Aspects—Proceedings of a Rockefeller Foundation Conference, Como, Italy, 18–22 October 1993,” *Parassitologia* 36, nos. 1–2 (1994): 1–227; “Strategies against Malaria: Eradication or Control? Proceedings of a Conference, Annecy, France, April 17–26, 1996,” *Parassitologia* 40, nos. 1–2 (1998): 1–246; e M. J. Dobson, M. Malowany, e D. H. Stapleton, “Dealing with Malaria in the Last Sixty Years: Aims, Methods and Results,” *Parassitologia* 42, nos. 1–2 (2000): 3–7.

¹⁶ Essa relação foi observada em Harry Cleaver, “Malaria and the Political Economy of Public Health,” *International Journal of Health Services* 7, no. 4 (1977): 557–79.

Nações Unidas e suas agências especializadas, como a Organização Mundial da Saúde, mas estavam também começando a desenvolver sua própria rede para prestar auxílio bilateral, de país para país. Os dois tipos de intervenções dos Estados Unidos foram considerados essenciais para a "segurança nacional". A ajuda multilateral e o auxílio técnico americano foram reforçados após a morte do ditador soviético Joseph Stalin, em 1953.

Uma característica importante da política externa dos EUA durante a Guerra Fria nos anos 1950, com poucas exceções, foi que ela era basicamente uma retórica que evitava o confronto militar direto e enfatizava a competição com a União Soviética, incluindo uma corrida científica e tecnológica. Durante os anos 1950, o Departamento de Estado dos EUA considerava o auxílio técnico externo essencial para prevenir o comunismo nos países em desenvolvimento. Um grupo de cientistas americanos, apoiado por universidades, fundações e pelo governo, lapidou um modelo antipopulista de modernização, que deu suporte a programas bilaterais em países "subdesenvolvidos" para qualificar elites técnicas e transferir tecnologias modernas, de forma a superar a pobreza e a doença¹⁷. Em 1956, um funcionário do Departamento de Estado exaltou a modernização e os programas internacionais de saúde nos países pobres não apenas pelos seus resultados médicos, mas também porque eles "diminuíam as possibilidades de infiltração daquelas ideologias às quais populações carentes estão frequentemente suscetíveis"¹⁸.

A partir de 1950, instituições privadas, multilaterais, bilaterais, governamentais e universitárias, nos Estados Unidos, trabalharam para consolidar a saúde internacional como um campo de pensamento e prática que deixaria para trás as limitações dos códigos sanitários e das quarentenas da virada do século XX, e as intervenções limitadas concentradas em cidades portuárias e áreas relacionadas às economias de exportação¹⁹. Também em contraste com essas limitações

¹⁷ Ver Nils Gilman, *Mandarins of the Future: Modernization Theory in Cold War America* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2003).

¹⁸ "Statement of Otis E. Mulliken, Officer in Charge of Social Affairs, Office of International and Social Affairs, Department of State, 9 February 1956," in *The United States and International Health: Hearings before a Subcommittee of the Committee on Interstate and Foreign Commerce, House of Representatives, 84th Congress, February 8 and 9, 1956* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1956), 33–34.

¹⁹ Ver Theodore M. Brown, Marcos Cueto, e Elizabeth Fee, "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health," *American Journal of Public Health* 96, no. 1

anteriores, novas agências de saúde internacional criadas, como a Organização Mundial da Saúde, incluíram em seus objetivos alcançar regiões remotas nos países em desenvolvimento, assim como áreas rurais impactadas pela malária, como uma maneira de "modernizar" sistemas de saúde e sociedades atrasados. Como resultado, a cooperação em saúde internacional - a mistura de atividades de agências multilaterais e bilaterais dos EUA - e a erradicação da malária se tornaram instrumentais para os objetivos americanos da Guerra Fria, da mesma forma que a medicina tropical e o controle da febre amarela foram tomadas como ferramentas para a expansão de impérios na virada do século XX. A erradicação da malária continuou sendo prioridade da política externa dos EUA, depois que programas de erradicação foram reforçados pela revolução cubana de 1959 e por um grande projeto de desenvolvimento inicialmente "mais amigável", a Aliança para o Progresso. Embora a erradicação da malária tenha diminuído após a Guerra Fria - particularmente durante o final dos anos 1960 e depois da política externa "détente" do presidente dos EUA Richard Nixon - ela deixou um importante legado para a saúde internacional e para a ajuda externa.

A ideia de promover programas de saúde internacional como uma estratégia para a Guerra Fria foi claramente expressada por James Stevens, que serviu como chefe de medicina preventiva do Exército dos EUA, durante a Segunda Guerra Mundial, e posteriormente como reitor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard. Iniciando em 1950, Stevens organizou uma série de encontros de "Indústria e Saúde Tropical" para os líderes dos departamentos médicos das maiores corporações dos EUA. Durante o seu discurso de boas-vindas ao primeiro encontro, ele explicou: Forças comunistas poderosas estão em operação... tirando vantagens de populações adoecidas e empobrecidas, explorando seus descontentamentos... para minar suas crenças políticas. A saúde é uma das salvaguardas contra essa propaganda. A saúde não é caridade, não é trabalho missionário, não é meramente bons negócios - é a pura autopreservação para os Estados Unidos e para o modo de vida que consideramos decente. Através da saúde podemos expandir a produção industrial, robustecer nossas forças militares, e manter a moral elevada de todo o nosso povo. Através dela podemos provar, para nós mesmos e para o mundo, a integridade e a retidão da

(2006): 62–71; e Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico* (Rochester: Rochester University Press, 2006).

Democracia. Através da saúde podemos derrotar a ameaça perversa do comunismo²⁰.

²⁰ James Stevens, “Welcoming Address,” em *Industry and Tropical Health: Proceedings of the First Tropical Health Conference Sponsored by the Harvard School of Public Health, 8–10 December 1950*, ed. Industrial Council for Tropical Health (Boston: Harvard School of Public Health and International Council for Tropical Health, 1950), 11–15.