

As Américas contra o mosquito: a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* e a cooperação interamericana em saúde (1947-1968)

*The Americas against the mosquito: the Continental Campaign for the Eradication of *Aedes aegypti* and the inter-American cooperation in health (1947-1968)*

Rodrigo Cesar da Silva Magalhães

Doutor em História das Ciências e da Saúde (Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ). Professor do Departamento de História do Colégio Pedro II. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (Mestrado - PROFEPT)

Resumo: Este artigo analisa a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, lançada em 1947 pela Organização Sanitária Pan-Americana (OSP) e que se constituiu em uma das maiores iniciativas de cooperação interamericana na área da saúde no século XX. O seu ápice ocorreu em 1958, quando o Brasil e outros dez países das Américas foram declarados livres do *Aedes aegypti* pela OSP. Uma série de controvérsias, contudo, atingiu a Campanha Continental nos anos 1960, suscitadas em grande medida por sua implementação tardia e incompleta nos Estados Unidos. Como resultado, a meta de erradicar o mosquito foi abandonada. A Campanha Continental, porém, evitou a eclosão de epidemias urbanas de febre amarela nas Américas. Em tempos de pandemia, de novas e de antigas doenças, tais como a febre amarela, a dengue, a chicungunha e a zika – todas transmitidas pelo *Aedes aegypti* – a análise da Campanha Continental nos permite refletir sobre os caminhos e descaminhos da saúde global que delinearam os contornos do nosso caótico contexto sanitário atual.

Palavras-chave: Campanha Continental – Erradicação – *Aedes aegypti* – Febre Amarela – Saúde Global.

Abstract: This article analyzes the Continental Campaign for the Eradication of *Aedes aegypti*, launched in 1947 by the Pan American Sanitary Bureau (PASO) and which constituted one of the largest inter-American cooperation initiatives in the field of health in the 20th century. Its peak occurred in 1958, when Brazil and ten other countries in the Americas were declared free of *Aedes aegypti* by PASO. A number of controversies, however, reached the Continental Campaign in the 1960s, sparked largely by its late and incomplete implementation in the United States. As a result, the goal of eradicating the mosquito has been abandoned. The Continental Campaign, however, prevented the outbreak of urban yellow fever epidemics in the Americas. In times of pandemic, new and old diseases, such as yellow fever, dengue, chikungunya and zika – all transmitted by *Aedes aegypti* – the analysis of the Continental Campaign allows us to reflect on the paths of global health that outlined the contours of our chaotic current health context.

Keywords: Continental Campaign – Eradication – *Aedes aegypti* – Yellow Fever – Global Health.

Introdução

Em 1958, a Organização Sanitária Pan-Americana (OSP)¹ declarou oficialmente o Brasil e outros dez países e territórios das Américas livres do mosquito *Aedes aegypti*, vetor responsável pela transmissão da febre amarela, da dengue, da chicungunha e da zika. Esta conquista da saúde global foi alcançada durante o desenvolvimento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, proposta pelo médico brasileiro Heitor Prager Fróes e lançada em 1947 pela OSP, então dirigida pelo médico norte-americano Fred L. Soper (1893-1977), um entusiasta da doutrina de erradicação. Implementada no pós-Segunda Guerra Mundial, a Campanha Continental se constituiu em uma das maiores e mais duradouras iniciativas de cooperação internacional na área da saúde no século XX. Com o seu lançamento, a OSP buscava, a um só tempo, dar continuidade às campanhas contra a febre amarela desenvolvidas pela Fundação Rockefeller (FR) no período entreguerras e consolidar a cooperação entre os países da região no combate a esta doença (MAGALHÃES, 2016).

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi o primeiro e mais duradouro programa internacional de erradicação já implementado. Da data de seu lançamento, em 1947, até o final dos anos 1960, a meta de erradicar o vetor da febre amarela das Américas foi perseguida, com maior ou menor intensidade, por praticamente todos os países da região. Nos anos 1960, contudo, a Campanha foi objeto de uma série de controvérsias que acabaram levando ao seu abandono, impedindo, assim, que o seu objetivo fosse alcançado. O ponto de inflexão foi a implementação tardia e incompleta da campanha nos Estados Unidos, que se tornaram um obstáculo para o esforço continental de erradicação do *Aedes aegypti*. O insucesso do programa de erradicação norte-americano, lançado em 1964 e encerrado abruptamente apenas cinco anos depois, em 1969, somado à crescente resistência do mosquito ao DDT e a outros inseticidas de ação residual e a alterações no contexto político e sanitário das Américas resultaram no abandono da Campanha Continental e na conseqüente reinfestação do continente pelo mosquito a partir do sul do Estados Unidos. No Brasil, o vetor da febre amarela foi novamente encontrado em 1967, em Belém, depois de décadas de esforços bem-sucedidos de combate ao mosquito.

Embora a meta de erradicar o mosquito *Aedes aegypti* das Américas não tenha sido alcançada, a Campanha Continental evitou a eclosão de epidemias urbanas de febre amarela nas Américas na segunda metade do século XX. Ela também contribuiu para aproximar as Repúblicas americanas e consolidar uma tradição de cooperação interamericana na área da saúde que remontava ao começo daquele século. No presente artigo, analiso os principais esforços empreendidos pelas Repúblicas americanas no pós-Segunda Guerra Mundial com o objetivo de erradicar o mosquito *Aedes aegypti* das Américas. Em tempos de pandemia, de tentativas de desqualificação da ciência, dos cientistas e das instituições científicas; de questionamentos em

1. Criada em 1902 com o nome de Repartição Sanitária Internacional (RSI), em 1923 o organismo de saúde das Américas passou a chamar-se Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP). Na XII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Caracas, em 1947, esta designação foi substituída por Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), com a sigla RSP passando a designar o seu secretariado ou agência operacional. O nome Organização Pan-Americana da Saúde foi adotado na XV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Porto Rico, em 1958, permanecendo até os dias atuais.

torno das vacinas, de dificuldades de articulação internacional para enfrentar questões centrais da saúde global, do retorno de antigas doenças, como a febre amarela e a dengue, e da emergência de novos flagelos, como a chicungunha e a zika – todas elas transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* e tristemente incorporadas ao nosso cotidiano neste começo de século XXI – acredito que a análise da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, implementada em um passado não tão distante, se reveste de centralidade na medida em que nos permite refletir sobre as ideias, decisões, ações e omissões que ajudaram a moldar o nosso caótico cenário sanitário atual.

Cooperação Interamericana em Saúde e as origens da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

O Brasil foi o pioneiro no combate ao *Aedes aegypti* no continente, organizando campanhas contra o vetor da febre amarela desde a primeira década do século XX. Tais campanhas procuravam eliminar os focos do inseto mediante a destruição de depósitos de água, da aplicação de creolina nas águas estagnadas e da colocação de peixes larvicidas em caixas d'água, poços, cisternas e lagos artificiais. A legislação sanitária vigente na época também obrigava a colocação de proteção nas caixas d'água e nos grandes depósitos de abastecimento. A partir de meados dos anos 1920, teve início a aplicação de uma fina camada de óleo diesel em recipientes de água domésticos (WILLIAMS, 1994).

Os anos 1920 assinalaram também o início da participação da Divisão de Saúde Internacional (DSI)² da Fundação Rockefeller (FR) nas atividades de combate ao *Aedes aegypti* nas Américas. Nas décadas de 1920 e 1930, a FR foi a responsável pela campanha contra a febre amarela no Brasil. Em 1939, no entanto, os norte-americanos passaram definitivamente a responsabilidade pela campanha para o governo brasileiro, encerrando uma parceria de dezesseis anos (1923-1939), durante os quais pontos importantes da etiologia da febre amarela, suas formas de transmissão e mecanismos de controle foram desvendados (CUETO, 1995).

Àquela altura, o mosquito *Aedes aegypti* estava erradicado ou em vias de ser da maioria das regiões brasileiras e a incidência da febre amarela era baixa no país. De modo a dar continuidade às atividades de combate à doença, em janeiro de 1940 Vargas criou o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), órgão subordinado ao Ministério da Educação e Saúde (MES) e ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (FRANCO, 1969). Com a sua criação, o governo brasileiro assumia a responsabilidade pelas atividades de erradicação do *Aedes aegypti*, a organização de campanhas nacionais de vacinação e a coordenação da vigilância epidemiológica.

No início dos anos 1940, contudo, já com o governo brasileiro a frente das atividades de erradicação do *Aedes aegypti* no país, se verificou a reinfestação de localidades situadas às margens

2. A Comissão de Saúde Internacional (*International Health Commission*) foi criada em 1913 para dar suporte às campanhas sanitárias da Fundação Rockefeller fora dos Estados Unidos. Em 1916, a Comissão teve o seu nome alterado para Junta de Saúde Internacional (*International Health Board*), passando a se chamar Divisão de Saúde Internacional (*International Health Division*) a partir de 1927. A DSI foi o mais importante órgão sanitário das Américas na primeira metade do século XX. Desde a sua criação, ela se dedicou a combater doenças como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária em várias partes do mundo até o seu fechamento em 1951 (FARLEY, 2004).

dos grandes rios navegáveis por embarcações procedentes de países que não contavam ainda com serviços anti-*aegypti*. Tal fato levou o governo brasileiro a instalar postos de controle nas fronteiras com estes países e evidenciou que o problema da febre amarela não podia mais ser encarado em âmbito nacional. Pelo contrário, o êxito do programa de erradicação do *Aedes aegypti* no país estava diretamente relacionado ao compromisso das demais nações do continente de também erradicarem o mosquito. O Brasil buscou, então, uma maior aproximação com os seus vizinhos na América do Sul para combater o *Aedes aegypti* de forma conjunta.

Passo importante ocorreu na XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada no Rio de Janeiro, em 1942, que aprovou uma moção para que os governos do continente seguissem o exemplo do Brasil, do Peru e da Bolívia e implementassem programas de erradicação do *Aedes aegypti*. A recomendação, no entanto, não foi seguida (MAGALHÃES, 2016: 135). Entre 1943 e 1946, a campanha contra o vetor da febre amarela no Brasil expandiu-se por todo o território nacional, restringindo o problema às regiões norte e nordeste. Contudo, o receio de uma reinfestação do país a partir de suas fronteiras com as nações vizinhas persistia.

Foi nesse contexto que, na XII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Caracas, em 1947, o médico norte-americano Fred L. Soper foi eleito diretor da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), cargo que ocuparia até 1958 (OSP, 1947). Formado em medicina pela Universidade de Chicago, em 1918, Soper se doutorou alguns anos depois pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Contratado pela Fundação Rockefeller para a sua Divisão de Saúde Internacional (DSI), entre 1920 e 1927 ele participou das campanhas contra a ancilostomíase que a organização desenvolvia no Paraguai. Em 1927, Soper assumiu a chefia do Escritório Regional da FR, criado nesse ano, no Rio de Janeiro, cargo que ocuparia até 1942. Em junho de 1930, ele assumiu também o cargo de inspetor-geral do recém-criado Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA)³, passando a comandar as atividades de combate à doença no Brasil (SOPER, DUFFY, 1977; MAGALHÃES, 2016).

A eleição de Fred Soper para a direção da OSP fortaleceu a posição daqueles que defendiam uma iniciativa conjunta dos países do continente para erradicar o *Aedes aegypti* das Américas. Neste propósito, Soper tinha como aliado o governo brasileiro que, diante da possibilidade de uma reinfestação do país pelo mosquito, estava disposto a levar a questão de forma oficial a OSP. Essa coincidência de interesses motivou o início das articulações que levariam à proposição da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*.

Em maio de 1947, o médico Heitor Prager Fróes⁴, que um ano antes havia assumido a direção do DNS, enviou uma carta a Fred Soper, na qual manifestava a sua preocupação com a questão da febre amarela e defendia que a doença deveria ser considerada um problema continental. Ele afirmava também que havia conversado Waldemar Sá Antunes, diretor do SNFA, sobre a ideia de uma campanha continental contra o *Aedes aegypti* e que este havia elaborado

3. O SCFA foi criado em janeiro de 1929 mediante um acordo assinado entre a DSI da Fundação Rockefeller e o governo brasileiro, que administravam conjuntamente a nova agência (FRANCO, 1969).

4. Heitor Prager Fróes (1900-1987) diplomou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1922. Entre 1925 e 1926, frequentou o Instituto Tropical de Hamburgo, diplomando-se em Patologia Tropical e Parasitologia Médica. Em março de 1946, ele foi nomeado diretor geral do DNS, órgão do MES ao qual o SNFA estava subordinado, permanecendo no cargo até 1952. Como diretor do DNS, Fróes teve um papel de destaque nas articulações para o lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* (MAGALHÃES, MAIO, 2016).

um relatório sobre a questão. O documento foi discutido com o ministro da Educação e Saúde, Clemente Mariani, que concordou com a necessidade de uma campanha nestes moldes. A carta de Fróes para Soper revela todo o entusiasmo do diretor do DNS:

Como você pode entender do documento do Dr. Antunes, nós podemos assumir a responsabilidade de uma campanha continental, sob os auspícios e orientação da Organização Sanitária Pan-Americana, e os nossos técnicos estão aptos a estender essa colaboração para outros países das Américas, como temos feito, até o presente, desde que nós estendamos a nossa ajuda e cooperação (não oficialmente, mas de forma eficiente) para alguns vizinhos da América do Sul. Eu estou certo de que seremos capazes de iniciar, em um futuro próximo, a Campanha Continental de Erradicação do *Aedes aegypti*, como a iniciativa número um da Organização Sanitária Pan-Americana nesta nova fase, sob sua direção. (“Carta de Heitor Prager Fróes para Fred Soper”)

De fato, o relatório elaborado por Waldemar Sá Antunes não deixava margem para dúvidas. Nele, o diretor do SNFA afirmava que o órgão reunia todas as condições para assumir a responsabilidade técnica por uma campanha para a erradicação do *Aedes aegypti* das Américas e também para, no caso de implementação da campanha, disponibilizar os seus técnicos e especialistas. Na sua visão, somente a organização de programas de erradicação da espécie nos países da América do Sul poderia a reinfestação do território brasileiro. O SNFA, inclusive, já vinha cooperando com alguns países da região para que tal objetivo fosse alcançado, enviando médicos brasileiros para treinar os seus colegas latino-americanos nas modernas técnicas de profilaxia da febre amarela, além de fornecer materiais e equipamentos necessários para a campanha contra o mosquito nesses países, e disponibilizando o Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro para a análise das amostras enviadas por eles. Antunes destaca, contudo, que a cooperação não tinha um caráter oficial, sendo fruto de entendimentos das autoridades sanitárias de cada país (ANTUNES. “Exposição de motivos endereçada a Heitor Prager Fróes, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública”).

As articulações entre as autoridades sanitárias brasileiras e Fred Soper atingiram o seu ápice na I Reunião do Conselho Diretor da OSP, realizada em Buenos Aires, em setembro de 1947. Nesta ocasião, Heitor Prager Fróes, representando o governo brasileiro, propôs o lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* (FRÓES, 1947). Na sua visão e na do governo brasileiro, a cooperação continental para a erradicação do *Aedes aegypti* era a única maneira de impedir a reinfestação das maiores cidades do país pela espécie a partir das fronteiras com os países vizinhos. A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* era uma das quatro medidas cuja adoção urgente o governo brasileiro defendia para equacionar o problema da febre amarela no país:

(a) erradicação do *Aedes aegypti* em todo o território nacional, o que evitará a ocorrência de surtos urbanos e rurais da epidemia; (b) vacinação de todos os habitantes das regiões endêmicas e de sua vizinhança, bem como de todos que por elas passem; (c) controle sanitário dos veículos aéreos, terrestres, ma-

rítmicos e fluviais que possam transportar mosquitos e, portanto, dar origem a novos focos, reinfestando o país; (d) acordos com os países ou regiões limítrofes para que tomem precauções idênticas, pois assim deixariam de representar possíveis focos de reinfestação, suscetíveis de anular os trabalhos de erradicação do *Aedes aegypti* realizados por seus vizinhos. Isto se aplicaria, de um modo geral, aos demais países e regiões das Américas, que têm motivos para estar diretamente interessados neste problema, o qual necessita de uma solução continental, e não somente de soluções nacionais, necessariamente parciais e incompletas (FRÓES, 1947: 842-843).

A proposta de uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi aprovada pelos delegados presentes na I Reunião do Conselho Diretor da OSP. Logo após a decisão, Fred Soper publicou um artigo no *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* destacando que, caso a espécie fosse erradicada das Américas, ela não reapareceria, mesmo com o fim das medidas de controle (SOPER, 1947). Conseguir com que todos os países do continente fizessem um pacto para erradicar o *Aedes aegypti* de seus respectivos territórios, contudo, exigiria um grande esforço. Ainda mais porque a febre amarela não era uma ameaça ativa nas Américas naquele momento. Nos quinze anos que precederam o lançamento da Campanha Continental, apenas um pequeno surto da doença havia ocorrido no continente e muitos países não reportavam um único caso da enfermidade havia décadas.

A cooperação Brasil–OSP na estruturação da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*: o papel do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA)

Desde antes da aprovação da Campanha Continental, em setembro de 1947, Soper e o governo brasileiro já vinham negociando uma cooperação. Em fevereiro deste ano, ele escreveu uma carta para Waldemar Antunes, diretor do SNFA, na qual relatava que uma de suas maiores preocupações como diretor da OSP era “ativar o programa para a erradicação continental do *Aedes aegypti*”, confidenciando a Antunes que, “assim que as condições permitissem a sua implementação”, iria depender “em grande medida dos líderes do SNFA para trabalharem em outros países” (“Carta de Fred Soper para Waldemar Antunes”).

As autoridades sanitárias brasileiras se mostravam dispostas a cooperar. Em maio de 1947, Heitor Prager Fróes viajou para os Estados Unidos e se encontrou com Soper em Washington. Ao retornar ao Brasil, Fróes consultou Antunes sobre a possibilidade de o SNFA encarregar-se da responsabilidade técnica de uma campanha continental para a erradicação do *Aedes aegypti* e de, no caso de a campanha ser implementada, o órgão disponibilizar os seus especialistas. Antunes relatou a Soper que havia respondido positivamente à consulta do diretor do DNS e que o SNFA estava pronto para assumir tal responsabilidade, uma vez que já desenvolvia uma campanha nacional com esse objetivo há dez anos, período no qual a agência e os seus especialistas acumularam a experiência necessária para a expansão das atividades para todo o continente (“Carta de Waldemar Antunes para Fred Soper”).

A OSP e o governo brasileiro firmaram, então, uma parceria, mediante a qual o SNFA forneceria um grande número de técnicos e especialistas à OSP para organizar as atividades da Campanha Continental. O fato de Soper ter sido o principal dirigente da DSI na América do Sul por quinze anos (1927-1942), passando boa parte deles no Brasil, certamente facilitou a colaboração entre a OSP, que agora dirigia, e as autoridades brasileiras para a implementação da Campanha Continental (SOPER; DUFFY, 1979; MAGALHÃES, 2016: 242).

O acordo firmado entre a OSP e o governo brasileiro previa que os diretores regionais do SNFA para o sul do Brasil e para a região amazônica – Octávio Pinto Severo e Ademar Paoliello, respectivamente – atuassem como consultores das atividades de erradicação do *Aedes aegypti* desenvolvidas pela OSP. Estabelecido em São Paulo, Severo ficaria responsável pelas atividades da Campanha Continental no sul do Brasil, Bolívia, Chile, Paraguai, Argentina e Uruguai, ao passo que Paoliello coordenaria, a partir de Belém, as atividades no nordeste da América do Sul, Venezuela, Colômbia, Equador, Peru, Guianas, México e América Central (SOPER. “Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work”).

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* deveria ser implementada em âmbito nacional. O início das atividades em um determinado país era precedido pela assinatura de um acordo de cooperação entre a OSP e o governo local, por meio do qual eram definidas as responsabilidades de cada parte, bem como os objetivos da campanha naquele país e a sua duração. Em geral, cabia à OSP cuidar da cooperação técnica, fornecendo os veículos, equipamentos e materiais necessários à Campanha e especialistas para organizar as atividades que, na maioria das vezes, eram técnicos brasileiros do SNFA. Os governos locais, por sua vez, ficavam responsáveis pela elaboração de uma legislação adequada às atividades da campanha e pelo recrutamento de trabalhadores locais. Os acordos previam também a criação de um serviço nacional especializado, baseado no modelo do SNFA, dedicado exclusivamente às atividades de erradicação do *Aedes aegypti* e dotado da mais ampla autonomia em relação à estrutura sanitária existente no país cuidava. O financiamento da campanha era frequentemente dividido entre as duas partes. O plano de Soper era iniciar a Campanha Continental pelos países da América do Sul, contando com a colaboração do Brasil e dos especialistas do SNFA, para, em um segundo momento, expandir as atividades para a América Central e as Antilhas e, em seguida, para o México e os Estados Unidos (SOPER, 1948; MAGALHÃES, 2016: 243).

O Paraguai foi o primeiro país das Américas a implementar a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. O convênio entre o país e a OSP foi assinado em 13 de outubro de 1947. A campanha deveria começar em janeiro de 1948 e durar, no mínimo, dois anos. A direção técnica caberia à OSP, assim como o envio dos assistentes e instrutores necessários. Esses profissionais seriam os responsáveis por treinar os funcionários locais e pela organização de um serviço antimosquito no país. Eles teriam os seus salários pagos pela OSP, que também forneceria os veículos necessários à campanha. O governo paraguaio, por sua vez, se comprometia com o pagamento dos salários do pessoal local, com a compra de equipamentos e por isentar de tarifas alfandegárias todos os materiais importados necessários à realização da campanha, bem como as bagagens dos técnico enviados pela OSP (“Convenio entre el Gobierno del Paraguay y la Oficina Sanitaria Panamericana, Assunción, 13 de outubro de 1947”).

As negociações entre a OSP e o governo paraguaio estabeleceram, na prática, que a organização e implementação da Campanha Continental no país ficariam inteiramente a cargo dos funcionários brasileiros designados pelo SNFA. Uma evidência nesse sentido foi a nomeação de Iberê da Silva Reis, médico do SNFA, como chefe do programa de erradicação do *Aedes aegypti* no Paraguai (“Diário de Soper, 5 de novembro de 1947”).

Inicialmente, foi feito um levantamento das grandes cidades do país que tinham um alto índice de infestação pelo *Aedes aegypti*. Em seguida, as atividades foram estendidas para as áreas rurais, onde a densidade do mosquito era menor. Noventa e oito localidades do país foram diagnosticadas positivas para o vetor da febre amarela, um número maior do que o previsto. O combate ao mosquito no Paraguai baseou-se no método perifocal, o mesmo que o SNFA empregava no Brasil. Esse método consistia na aplicação do DDT nas partes interna e externa de todos os reservatórios de água existentes no interior e nas proximidades das residências, por meio de uma bomba manual, independente de terem ou não focos do mosquito, permitindo, assim, que se combatesse, ao mesmo tempo, as formas larvária e alada do *Aedes aegypti*. Os agentes de saúde, contudo, enfrentaram resistência, tendo que lidar com a recusa das pessoas em franquear as suas casas para a pulverização com o DDT. Apesar disso, em 1953 o *Aedes aegypti* havia sido erradicado de 91 das 98 localidades paraguaias onde o mosquito havia sido encontrado inicialmente. A meta do governo paraguaio era obter o índice negativo em todas as regiões do país ainda naquele ano (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. “Situación de la Campaña de Erradicación del *Aedes-aegypti* en el Paraguay - Asunción, Julio 6 de 1953”).

As dificuldades iniciais enfrentadas pela Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* no Paraguai e a importância do país para o sucesso das atividades no sul do continente levaram os governos do Brasil, Argentina, Uruguai e do próprio Paraguai a assinarem, em 13 de março de 1948, em Montevideu, um Acordo Sanitário Pan-Americano. Embora motivado pelo programa de erradicação do *Aedes aegypti* no Paraguai, o Acordo extrapolava os objetivos da Campanha Continental. Por ele, os países signatários se comprometiam a adotar medidas preventivas permanentes para solucionar as questões epidemiológicas relacionadas à malária, febre amarela, varíola, peste e uma série de outras doenças nas áreas de fronteira. Ficou acordado também que, na ocorrência de um surto epidêmico de qualquer uma dessas enfermidades ou quaisquer outras nas zonas fronteiriças que representasse uma ameaça, eles poderiam constituir, a pedido de um deles ou por intermédio da OSP, comissões mistas de técnicos sanitários de modo a atuarem conjuntamente. Os quatro países se comprometeram ainda a adotar medidas de assistência técnica recíproca, a ceder pessoal e material para enfrentar emergências sanitárias e a tomar todas as providências para que fosse feita a notificação imediata dos primeiros casos de peste, cólera, tifo, exantemático, varíola e febre amarela. Eles também se comprometeram a realizar um amplo e periódico intercâmbio de sanitaristas, ao menos uma vez por ano, com o objetivo de trocar informações sobre o andamento e os progressos alcançados no combate a estas doenças e sobre assuntos de interesse comum, bem como a elaborar relatórios mensais sobre a situação epidemiológica e as medidas adotadas. Por fim, os governos de Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil assumiram o compromisso de não adotar medidas de profilaxia internacional que implicassem o fechamento total das fronteiras de um deles, limitando tais medidas, quando

indispensáveis, à zona afetada (SENADO FEDERAL, 1948).

Com relação à febre amarela, os países signatários concordaram com a realização de “uma campanha intensiva e permanente que assegure a erradicação do *Aedes aegypti* em todo o seu território, de acordo com o que foi resolvido pelo Conselho Diretor da Organização Sanitária Pan-Americana”, a manter livres do mosquito os aeroportos internacionais e a adotar medidas de proteção nas embarcações fluviais. Eles também se comprometeram a comunicar trimestralmente à OSP o índice mais recente de *Aedes aegypti* em seus respectivos territórios, para ser publicado no *BOSP*, e a vacinar sistematicamente todas as pessoas residentes em zonas reconhecidamente endêmicas ou de passagem por elas. Enquanto a erradicação do vetor da febre amarela não fosse alcançada, as autoridades sanitárias dos quatro países poderiam exigir o certificado de vacinação antiamarílica a qualquer pessoa procedente de uma área epidêmica ou endêmica. Eles também manteriam um serviço permanente de investigação epidemiológica nas zonas endêmicas ou suspeitas e transmitiriam os dados correspondentes à OSP para a elaboração de mapas epidemiológicos atualizados, cujas cópias seriam enviadas aos países signatários (SENADO FEDERAL, 1948: 9817).

A Argentina foi o primeiro país a aprovar o Acordo Sanitário Pan-Americano, em 30 de março de 1948. Alguns meses depois, na cidade de Salta, o governo argentino assinou um convênio semelhante com os governos da Bolívia, do Paraguai e do Chile. As reuniões de Montevideu e Salta, que ficariam conhecidas como Conferências do Rio da Prata, e os acordos nelas firmados, evidenciam uma intensificação do processo de cooperação dos países da América do Sul na área da saúde na década de 1940 (MAGALHÃES, 2016: 250).

No Uruguai, após a ratificação do Acordo Sanitário Pan-Americano, o Ministério da Saúde Pública do país firmou um convênio com a OSP para a execução do programa de erradicação do *Aedes aegypti*, que recebeu o nome de Projeto 28. O texto do acordo mencionava o fato dos governos do Paraguai e da Argentina já terem estabelecido convênios com a OSP para a implementação da Campanha Continental em seus respectivos territórios como um impulso para que o Uruguai também iniciasse o seu programa de erradicação, na medida em que o vetor da febre amarela podia ser encontrado em muitas localidades da fronteira uruguaia, na capital e em outros pontos do país. Tal fato constituía um perigo para as nações vizinhas, particularmente para o Brasil, cujas cidades localizadas na fronteira, livres do *Aedes aegypti*, podiam sofrer uma reinfestação a partir do território uruguaio, e para o próprio Uruguai, na medida em que um caso de febre amarela poderia gerar uma epidemia (LÓPEZ FERNÁNDEZ. “Desarrollo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, Julio de 1953”).

O acordo definia as principais atividades que seriam desenvolvidas: a determinação do índice de *Aedes aegypti* nos núcleos urbanos e nas áreas rurais do país, a aplicação do DDT nos reservatórios de água das localidades onde o mosquito havia sido encontrado, a verificação dos resultados por meio de pesquisa dos focos larvários ou da captura do mosquito adulto, a organização de cursos para guardas sanitários, o estabelecimento de uma oficina central para cuidar das tarefas administrativas, a elaboração de informes estatísticos, a aquisição e distribuição de equipamentos e materiais e a confecção de arquivos (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. “Informe Final de la campaña anti-*aegypti*”, 1958).

Pelo acordo entre o governo uruguaio e a OSP, a organização técnica da Campanha Continental no país ficaria a cargo do organismo sanitário interamericano, ao passo que o Ministério da Saúde Pública ficaria responsável por sua implementação e financiamento. A campanha deveria ser realizada em duas etapas, primeiro no interior do país e posteriormente na capital. As primeiras escolas de treinamento foram criadas ainda em 1948 nas cidades fronteiriças de Artigas e Rivera. Nelas, os guardas sanitários municipais eram preparados para a campanha por instrutores do SNFA. As atividades iniciais consistiram no levantamento do índice mosquitos, de modo a mapear a dimensão do problema a ser enfrentado. Todas as capitais regionais – com exceção de Maldonado – foram diagnosticadas positivas para o vetor da febre amarela. A segunda etapa da Campanha Continental no Uruguai, iniciada em março de 1950, consistiu no combate ao *Aedes aegypti* em Montevidéu. Os guardas sanitários formados pelo SNFA para atuarem nas atividades da Campanha no interior do país foram utilizados nesta etapa, o que resultou na interrupção do trabalho que vinha sendo realizado naquelas áreas. No fim do primeiro semestre de 1953, 606 localidades haviam sido inspecionadas, cobrindo toda a cidade de Montevidéu, quase todas as zonas urbanas do interior do país e grande parte de sua área rural. Dessas, 124 foram deram positivas para o *Aedes aegypti* (LÓPEZ FERNÁNDEZ. “Desarrollo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, Julio de 1953”).

O Brasil havia aprovado o Acordo Sanitário Pan-Americano em 6 de outubro de 1948. Menos de um mês depois, em 3 de novembro, Fred Soper enviou um ofício à Clemente Mariani, ministro da Educação e Saúde Pública, pedindo para fazer “uso integral do pessoal altamente experimentado do Serviço Nacional de Febre Amarela do Brasil, cujos funcionários têm tido mais experiência do que diz respeito a este problema do que qualquer outro grupo de trabalhadores do mundo” (SOPER. “Ofício n.º D-606, de 3 de novembro de 1948”).

Após quase seis meses de negociação, em 6 de maio de 1950, o convênio entre a OSP e o MES foi assinado por Soper e Clemente Mariani. O convênio definia as funções específicas de cada órgão brasileiro. O Laboratório de Febre Amarela do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) disponibilizaria a todos os países do continente, por intermédio da OSP, serviços e facilidades, tais como a vacina antiamarílica, análises de provas de proteção para estudos da imunidade no homem e em animais, exames histopatológicos de amostras do fígado, além de “facilitar, sempre que possível, a viagem de pesquisadores e técnicos de laboratório a outros países, para estudos e pesquisas” que forem combinados entre a OSP e o IOC, “e permitir que os técnicos de outros países façam estágios de aprendizado no mesmo laboratório”. O SNFA, por sua vez, continuaria realizando pesquisas e trabalhos entomológicos nos países latino-americanos, fornecendo os técnicos necessários “ao planejamento, organização, instalação e funcionamento de serviços nacionais de embate à febre amarela, em todas as suas fases, com especial referência ao programa de erradicação do *Aedes aegypti*”, e permitindo que funcionários de outros países fizessem estágio de aprendizado em seus serviços. Os diretores do SNFA e do IOC se comprometiam a fornecer informes mensais à OSP sobre as atividades previstas no convênio.

A OSP, por sua vez, ficaria responsável por promover acordos com as repúblicas americanas para a Campanha Continental, zelar para que as autoridades sanitárias da região mantivessem em funcionamento os postos de viscerotomia nas áreas consideradas endêmicas, principalmen-

te ao longo das fronteiras, facilitar a execução das tarefas atribuídas ao IOC e ao SNFA, promover estudos e investigações sobre o problema da febre amarela silvestre no continente, facilitar a visita dos diretores do SNFA, do IOC e do Laboratório de Febre Amarela aos países onde técnicos dos referidos órgãos estivessem atuando ou tivessem executado atividades, bem como a outros países interessados em implementar a Campanha Continental.

No tocante ao financiamento, a OSP se comprometia a ressarcir as despesas que o Laboratório de Febre Amarela do IOC teria com as tarefas estabelecidas pelo convênio facilitando os materiais, equipamentos e serviços que se fizessem necessários desde que essa contribuição não excedesse a quantia anual de cinco mil dólares. A duração do convênio seria de três anos, podendo ser prorrogado se assim conviesse a ambas as partes. Tanto a OSP quanto o MES poderiam rescindir o acordo a qualquer momento, desde que comunicasse a outra parte com uma antecedência mínima de seis meses. A implementação ficava condicionada à aprovação pelos órgãos competentes do governo brasileiro e à sua publicação no *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, o que ocorreu apenas em 27 de junho de 1950. Dessa data até dezembro de 1956 o acordo foi renovado sucessivamente (“Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana para Cooperação no Programa Continental de Febre Amarela - *Draft prepared by Dr. Paoliello, 18/11/49*”).

O convênio entre o MES e a OSP se constitui em mais uma evidência da crescente cooperação interamericana na área da saúde. A sua assinatura permitiu à OSP contar com as facilidades do Laboratório de Febre Amarela do IOC para a produção da vacina antiamarílica e para a realização de exames histopatológicos de amostras de fígado, bem como com técnicos e especialistas brasileiros do SNFA, que passaram a ser enviados, cada vez com maior frequência, para diversos países latino-americanos. Em 1950, ano em que o convênio foi firmado, o SNFA “atingiu o auge de suas atividades, contando com 3349 servidores que atuavam em 112.950 localidades do continente” (FRANCO, 1969: 143).

Àquela altura, o Laboratório de Febre Amarela do IOC era o mais importante do gênero, dentre os poucos existentes, responsabilizando-se pelos exames e estudos histopatológicos, pelas provas sorológicas, pelas pesquisas epidemiológicas e pela preparação da vacina antiamarílica para todos os países das Américas. O SNFA, por seu turno, era o modelo para todas as agências similares criadas em diferentes nações do continente desde os anos 1930, além de colaborar com as atividades de erradicação do *Aedes aegypti* em quase todos os países das Américas. Por fim, havia naquela época uma compreensão de que tais atividades deveriam ser coordenadas em todo o continente e que era necessário utilizar os recursos e a experiência acumulados pelo Brasil em relação à febre amarela. O governo brasileiro, por sua vez, estava disposto a manter as atividades do SNFA e do Laboratório de Febre Amarela em uma base de cooperação com a OSP. Como resultado, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* pôde continuar a sua expansão para os demais países da América do Sul e para a região do Caribe, seguindo o planejamento traçado por Fred Soper inicialmente.

Expansão e ápice da Campanha Continental e da cooperação interamericana em saúde

Paralelamente ao desenvolvimento da Campanha Continental sem maiores sobressaltos na região do Rio da Prata, Soper iniciou as negociações com os países do Caribe para a expansão das atividades de erradicação do *Aedes aegypti* para a região. Em carta enviada a Lawrence W. Cramer, secretário-geral da Comissão Caribenha, ele afirmou que a OSP se encontrava em uma posição que lhe permitia oferecer assistência técnica para a realização de um levantamento do índice do mosquito na região, orientação para que medidas de controle fossem adotadas e, em alguns casos, treinamento no exterior para os trabalhadores da Campanha. Soper aconselhava ainda os países caribenhos a disponibilizarem recursos nos seus orçamentos para o ano de 1949 com o objetivo de organizar os serviços nacionais de erradicação do mosquito (“Carta de Soper para Lawrence W. Cramer, Secretary General - Caribbean Commission”).

Enquanto isso, no norte da América do Sul, a situação variava. Na Guiana Britânica, o serviço de erradicação do *Aedes aegypti* estava bem organizado e vinha realizando progressos, de modo que a direção da OSP entendia que uma assistência externa não era necessária. Nas Guianas Francesa e Holandesa, contudo, as autoridades mostravam-se dispostas a implementar a Campanha Continental e Soper defendia que providências deveriam ser tomadas para orientar os serviços a serem organizados nessas regiões. Nenhum compromisso, no entanto, foi estabelecido. Na Venezuela, especialistas do SNFA atuavam na reorganização do serviço antimosquito do país, ao passo que, no Equador, um único inspetor do Brasil estava trabalhando com salário e despesas pagas pela OSP. Na Colômbia, país chave para o sucesso da Campanha Continental em virtude de sua posição geográfica e da existência de um Laboratório de Febre Amarela, negociações também estavam em curso para que funcionários do SNFA fossem enviados ao país (SOPER. “Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work”). O acordo entre o governo colombiano e a OSP foi assinado em novembro de 1949, definindo que a Campanha Continental deveria ser iniciada no país em janeiro do ano seguinte (“Convenio-Colômbia, carta de Adhemar Paoliello para Paulo Antunes”).

As negociações com os países do continente prosseguiram durante toda a década de 1950. Os diários de Fred Soper nos dão uma ideia das constantes viagens que ele realizou pelas Américas procurando convencer os governos da região a implementar a Campanha Continental.

Este processo culminou na XV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1958, em Porto Rico. Nesta ocasião, Brasil, Belize, Bolívia, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e a Zona do Canal foram declarados oficialmente livres do *Aedes aegypti* pela OSP:

A XV Conferência Sanitária Pan-Americana,
Tendo em conta que os informes sobre o estado da erradicação do *Aedes aegypti* correspondentes a Belize, Bolívia, Brasil, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Zona do Canal, apresentados nesta Conferência, segundo os quais os ditos países e territórios se declaram livres de *Aedes aegypti*, depois de haverem cumprido satisfatoriamente as normas

em que se baseiam os critérios estabelecidos pela Repartição Sanitária Pan-Americana para este fim,

Resolve: Aceitar os informes apresentados nos quais se declara que Belize, Bolívia, Brasil, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Zona do Canal ficaram livres do *Aedes aegypti* e fazer um chamado aos demais países e territórios, ainda infestados, a fim de que intensifiquem suas atividades nos termos da resolução aprovada na XI Conferência Sanitária Pan-Americana do Rio de Janeiro. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Resolución XXXV”. *XV Conferencia Sanitaria Panamericana - X Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre - 3 octubre de 1958*).

O sucesso da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* nos seus doze anos iniciais contribuiu para uma importante mudança no padrão das relações interamericanas no período, que havia caracterizado a atuação da Organização Sanitária Pan-Americana até então: uma maior influência dos países latino-americanos na organização ao invés da subordinação de suas atividades e projetos às diretrizes do governo norte-americano na área da saúde. A Campanha Continental assinalou o início desta fase de transição no padrão de relacionamento da OSP com as nações do continente - que coincidiu com a gestão de Fred Soper (1947-1959) - na qual os projetos e interesses dos países latino-americanos no campo da saúde internacional passaram a ter uma maior presença nas instâncias deliberativas do organismo de saúde interamericano. Este processo culminaria com a eleição, em 1958, do primeiro latino-americano para a direção da agora chamada Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o médico chileno Abraham Horwitz. Por outro lado, a saída de Soper da direção da Opas, após doze anos no cargo, ocorreu em meio a um cenário no qual os programas sanitários baseados na filosofia erradicacionista começavam a sofrer questionamentos no campo da saúde internacional. A Conferência de Porto Rico encerrou, então, um período de ouro da Campanha Continental, durante o qual a meta de erradicar o *Aedes aegypti* das Américas parecia estar cada vez mais próxima. Os anos 1960, como veremos, assistiriam a um declínio da Campanha Continental e da filosofia erradicacionista que a embasava.

O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos e o declínio da Campanha Continental

A Resolução aprovada durante a Conferência de Porto Rico, declarando livres do *Aedes aegypti* onze países e territórios do continente, incluindo o Brasil, e conclamando aqueles que ainda não haviam alcançado a meta a intensificarem os esforços, pode ser interpretada como um recado aos Estados Unidos. O governo norte-americano, embora tivesse apoiado o lançamento da Campanha Continental em 1947, não havia, até meados dos anos 1950, adotado quaisquer medidas no sentido de erradicar do vetor da febre amarela do seu território. Assim, à medida em que os países latino-americanos se aproximavam da meta de erradicar o mosquito, aumentava a pressão para que os Estados Unidos aderissem de fato à Campanha Continental (MAGA-

LHÃES, 2016).

Neste quadro, em 1957, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (*U.S. Public Health Service – USPHS*) organizou um programa piloto quadrienal para testar a viabilidade da erradicação do *Aedes aegypti* do país. O projeto foi dirigido pelo Centro de Doenças Transmissíveis (*Communicable Disease Center – CDC*)⁵, órgão vinculado ao *USPHS*, e se concentrou na cidade de Pensacola, na Flórida (SCHLIESSMANN, 1964).

O projeto de Pensacola foi organizado inicialmente de acordo com os parâmetros operacionais definidos pela Opas no México e na América Central. As atividades consistiam na inspeção local e na aplicação de inseticida em todos os recipientes suspeitos de conterem criadouros do *Aedes aegypti* nas três zonas em que a cidade foi dividida: primária, secundária e periférica. Em 1960, foram introduzidos equipamentos motorizados para a pulverização de inseticida em todos os criadouros potenciais e nas superfícies localizadas nas áreas ao redor das habitações. Como em 1958 e 1959 foram detectados poucos criadouros, o trabalho de inspeção das casas foi abandonado (TINKER, HAYES JR. “The 1958 *Aedes aegypti* distribution in the United States”). Os responsáveis pelo projeto também não se preocuparam em identificar os locais de repouso do *Aedes aegypti* no exterior das residências e tampouco realizaram a captura de mosquitos adultos para verificar os índices de infestação larvária. Em 1961, contudo, ano em que as atividades foram encerradas, a avaliação geral era que o método adotado tinha sido bem-sucedido na tarefa de erradicar o mosquito nas zonas primárias e na maioria das secundárias (COMMUNICABLE DISEASE CENTER. “Summary of the Conference on *Aedes aegypti* Eradication, Pensacola, Florida, September 27-28, 1960”).

Naquela altura, quinze países das Américas já haviam sido certificados pela Opas como livres do *Aedes aegypti*: Belize, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana Francesa, Honduras, Nicarágua, Panamá (incluindo a zona do canal), Paraguai, Peru e Uruguai. Além destes, as atividades de erradicação do vetor da febre amarela se encontravam bem avançadas no México e na Argentina e transcorriam de maneira satisfatória em Cuba e na Venezuela (“The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas, August 15, 1962”). Os problemas da Campanha Continental nesta época se concentravam na costa do Caribe, onde a situação piorara nos últimos cinco anos. A Jamaica, o Haiti, a República Dominicana e a Martinica tinham suspenso os seus programas de erradicação, enquanto outras nações da região, como o Suriname e as Ilhas Cayman, sequer haviam iniciado as atividades de combate ao mosquito. Além disso, países que já haviam conseguido erradicar o *Aedes aegypti*, como a Guiana Francesa, sofriam uma reinfestação de seu território. A questão no Caribe se complicou ainda mais quando foi constatado, primeiramente em Trindade e, posteriormente, em Porto Rico, que os novos invasores pareciam ser resistentes ao DDT, ao Dieldrin e a outros inseticidas (CAMARGO. “Part II – Survey of the Susceptibility of *Aedes aegypti* from the countries and territories of the Caribbean to DDT, Dieldrin, and candidate insecticides to replace DDT”).

As dificuldades experimentadas pelos programas de erradicação do *Aedes aegypti* no Caribe aumentaram a pressão para que os Estados Unidos ingressassem na Campanha Continental.

5. O Centro de Doenças Transmissíveis (CDC) – posteriormente rebatizado de Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention*) – tem uma trajetória importante na a saúde pública nos Estados Unidos (ETHERIDGE, 1992).

Ainda em julho de 1962, a Opas manifestou-se oficialmente sobre a questão, afirmando que, naquele momento, os principais focos do mosquito no continente se encontravam em determinadas regiões do território norte-americano e em alguns países caribenhos. De acordo com a Organização, a permanência de tais focos representava dois perigos. O primeiro deles era que os países ainda infestados pelo *Aedes aegypti* assistissem à eclosão de epidemias de febre amarela, caso o vírus da doença fosse introduzido na população. A segunda ameaça dizia respeito à possibilidade de uma reinfestação dos países vizinhos, que já tinham conseguido eliminar o vetor (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. “Statement on *Aedes aegypti* Eradication from the Pan American Health Organization”).

A crescente pressão da Opas e dos países latino-americanos para que os Estados Unidos erradicassem o *Aedes aegypti* de seu território contribuíram para que o governo norte-americano finalmente aderisse à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. A adesão formal ocorreu na XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1962, em Minneapolis, no estado de Minnesota. Nesta ocasião, os representantes norte-americanos reconheceram os progressos alcançados pelos países da América Latina e do Caribe e afirmaram que o seu país estava comprometido com a erradicação do *Aedes aegypti* do território continental, bem como de Porto Rico e das Ilhas Virgens (OPAS, 1963: 246).

As relações dos Estados Unidos com a América Latina atravessavam um período conturbado naquele momento, no qual a “Política da Boa Vizinhança”, construída cuidadosamente desde os anos da Segunda Guerra Mundial, sofria questionamentos por parte dos países da região. A Revolução Cubana, em 1959, constituiu-se, ao mesmo tempo, em uma evidência neste sentido e em um ponto de inflexão, a partir do qual Washington intensificou um processo - que tivera início alguns anos antes - de reorientação de sua política externa para o continente. Neste sentido, a implementação de um programa norte-americano de erradicação do *Aedes aegypti* visava agradar aos países latino-americanos e dar uma resposta às pressões da Opas, mas também atendia aos interesses dos próprios Estados Unidos, constituindo-se em uma verdadeira “Política da Boa Vizinhança para a Febre Amarela”, como Fred Soper se referiu a ele certa vez (SOPER. “The Good-Neighbor Policy for Yellow Fever”).

O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos foi lançado oficialmente em fevereiro de 1964 nas Ilhas Virgens, em Porto Rico, no sul da Flórida e no Texas, regiões onde a população de mosquitos era alta (MORLAN, TINKER, 1965). Ele tinha duas diferenças principais em relação àqueles implementados nos demais países do continente. A primeira consistia na aplicação do DDT apenas nos criadouros do *Aedes aegypti* localizados no exterior das habitações, pois o programa não previa a identificação e a eliminação dos focos de reprodução dos mosquitos no interior das residências. A segunda diferença era a falta de informações detalhadas sobre as atividades de erradicação. Os informes encaminhados à Opas se resumiam a uma simples enumeração dos condados investigados, daqueles infestados pelo *Aedes aegypti* e dos que estavam sendo submetidos à tratamento. A direção da Opas pressionava o governo norte-americano por informações mais acuradas, pois a falta de detalhamento sobre o desenvolvimento do programa dificultava uma avaliação dos progressos realizados e o enfrentamento dos problemas encontrados (SCHLISSMANN, 1964, 1966, 1967).

A erradicação do *Aedes aegypti* das Américas e o consequente encerramento da Campanha Continental deveriam ser anunciados na XVII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1966, em Washington D. C. Nenhum dos dois anúncios, no entanto, pôde ser feito porque os Estados Unidos ainda se encontravam em meio às atividades de erradicação do mosquito em diversas partes do seu território. Outros países como Cuba, República Dominicana, Haiti, Trinidad e Tobago, Jamaica e Venezuela também não haviam conseguido erradicar o *Aedes aegypti* até aquele momento (SOPER. “Statement on *Aedes aegypti* Eradication Prepared for United States Delegation - Surgeon General - for the 17th Pan American Sanitary Conference, September 1966”).

Além disso, desde meados da década de 1960 vinha aumentando o número de países certificados como livres do mosquito que reportavam à Opas a reinfestação de seus territórios. Este era o caso, por exemplo, das Guianas Francesa e Britânica, de El Salvador (OPAS, 1967) e da Colômbia (FAUSTO. “Situación de la Campaña anti-*aegypti* en Colombia”). Desse modo, se considerarmos os países que ainda não tinham conseguido erradicar o *Aedes aegypti* e aqueles que vinham reportando a reinfestação de seus territórios, podemos perceber que os problemas da Campanha Continental se concentravam no norte da América do Sul, no Caribe, em El Salvador e nos Estados Unidos. A presença do vetor da febre amarela nestas regiões ameaçava seriamente os quatorze países que, àquela altura, haviam conseguido erradicá-lo: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai (“Resolution XIX: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas - Approved at the thirteenth plenary session, October 7, 1966”).

A ameaça em potencial se materializou em 1967 quando o Brasil reportou à Opas a reinfestação do seu território pelo *Aedes aegypti*, que tinha sido erradicado do país em 1958. O mosquito foi encontrado em Belém, capital do estado do Pará, (FRANCO, 1969: 152), gerando um surto epidêmico que, nos anos seguintes, se alastrou para o sudeste de Goiás e ganhou as manchetes de importantes jornais brasileiros, assim como de periódicos da comunidade médica. O Brasil tinha uma importância estratégica para a Campanha Continental, não apenas por sua posição geográfica, na medida em que faz fronteira com dez países da América do Sul, como também por ter sido o pioneiro no combate à febre amarela no continente, o proponente da Campanha Continental em 1947 e o país que mais enviava técnicos e especialistas para auxiliar na organização e implementação de programas de erradicação em diversas nações do continente. Entretanto, embora colaborasse com outras Repúblicas americanas nas atividades de erradicação do *Aedes aegypti*, no plano interno o governo brasileiro vinha enfraquecendo o SNFA. Em 1956, antes mesmo da erradicação do *Aedes aegypti* ter sido alcançada no país, o órgão foi absorvido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu)⁶, agência criada nesse ano pelo presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960). Deste momento em diante, o DNERu diminuiu substancialmente o número de funcionários engajados na Coordenação do Combate

6. Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado. Com a criação do Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Saúde (DNS), o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA) passaram a fazer parte de sua estrutura (FONSECA, 2007). Em 1956, a estrutura de saúde do Estado brasileiro passou por uma nova mudança com a criação do DENERu, que absorveu os Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela (FRANCO, 1969).

à Febre Amarela, o que prejudicou as atividades de vigilância epidemiológica no país. Em julho de 1961, inclusive, as coordenações por doenças foram extintas e suas atividades agrupadas em uma Divisão de Profilaxia (SEVERO, 1955; FRANCO, 1969; BENCHIMOL, 2001). Seis anos depois, em agosto de 1965, já sob a ditadura militar, o SNFA foi extinto, o que levou ao fim das atividades de combate à doença no país (“Decreto n. 56.759, de 20 de agosto de 1965”). Como resultado, dois anos depois o Brasil sofreu uma reinfestação do seu território pelo *Aedes aegypti*⁷.

A reinfestação do Brasil pelo *Aedes aegypti* sinalizava que a Campanha Continental atravessava um período crítico. Mais do que isso, evidenciava que o *Aedes aegypti* estava se deslocando do norte para o sul do continente, pois a espécie havia reinfestado primeiramente o México, depois alguns países do Caribe, chegara à Colômbia para, finalmente, atingir a região norte do Brasil. Tal constatação fortaleceu os argumentos daqueles que acusavam os Estados Unidos de serem os responsáveis pela reinfestação que ocorria em várias partes das Américas. Contra o país, pesavam as acusações de ter ingressado tardiamente na Campanha Continental, de não ter erradicado o vetor da febre amarela do seu território e de não disponibilizar informações suficientes sobre o desenvolvimento do seu programa de erradicação, que poderiam ajudar os países vizinhos a prevenir a reinfestação de seus territórios.

Em uma tentativa de diminuir a insatisfação das Repúblicas americanas, o governo norte-americano solicitou que a Opas enviasse uma comissão para avaliar o programa de erradicação em curso no país. Fizeram parte dela os brasileiros Paulo C. Antunes e Octavio Pinto Severo, além do uruguaio Sólton Veríssimo, todos com larga experiência em atividades de combate ao *Aedes aegypti* no continente. A presença de dois especialistas brasileiros na comissão realçava o papel de destaque exercido pelo Brasil na Campanha Continental. Os três estiveram nos Estados Unidos entre 1 de abril e 11 de maio de 1968 e produziram um informe inédito, contendo uma série de críticas ao programa norte-americano, a mais dura delas referente à ausência de indicações concretas sobre o desenvolvimento das atividades de erradicação do *Aedes aegypti* no país. Eles também criticaram a estratégia adotada pelos norte-americanos e a falta de uniformidade e flexibilidade do programa. Os especialistas da Opas concluíram que o programa de erradicação norte-americano era incapaz de realizar uma cobertura completa e eficaz das áreas afetadas pelo mosquito. Eles sugeriram, então, a adoção de estratégias adequadas ao problema, calcadas em métodos e técnicas recomendadas pela Opas e que haviam sido empregadas com sucesso na erradicação do mosquito da maioria dos países das Américas, e o estabelecimento de uma forma de organização que permitisse ao programa operar de maneira uniforme e com a necessária flexibilidade administrativa (ANTUNES, SEVERO, VERÍSSIMO. “Report of the Commission for the Evaluation of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States - Washington D.C. April-May 1968”).

7. Em agosto, especialistas do DENERu foram enviados para Belém e atestaram a presença do *Aedes aegypti* não apenas na cidade como também em algumas localidades vizinhas. Eles iniciaram, então, uma agressiva campanha de erradicação do mosquito na região. A campanha, no entanto, foi dificultada pela redução no número de funcionários da agência e por dificuldades para a obtenção das quantidades necessárias de inseticida. Contudo, o *Aedes aegypti* foi novamente erradicado (FRANCO, 1969: 135-156). Em 1973, a Opas declarou o Brasil novamente livre do vetor da febre amarela. Entretanto, este segundo período oficial de erradicação não duraria muito tempo. Nos anos de 1976 e 1977, a espécie foi encontrada no Rio de Janeiro e em Salvador e, a partir de então, em quase todos os Estados Brasileiros (FONSECA, 2001).

Tais sugestões, no entanto, nunca chegaram a ser acatadas. Em maio de 1969, o governo norte-americano comunicou à direção da Opas que o seu Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* seria encerrado e que não existiam planos para retomá-lo (“Carta de William H. Stewart, Cirurgião-Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, a Abraham Horwitz, Diretor da OPAS”). Dentre as razões que contribuíram para esta decisão figuravam o alto custo do programa que, entre 1964 e 1969, havia consumido o montante de 54 milhões de dólares (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. “Program for the Eradication of the *Aedes aegypti* Mosquito from Continental United States, Puerto Rico and the Virgin Islands, 1968”), as dificuldades legais que envolviam a sua implantação, tais como a recusa de muitos cidadãos do país em permitir que os inspetores sanitários ingressassem em suas propriedades à procura de mosquitos; e a onda crescente de oposição ao uso do DDT em larga escala (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. “*Aedes aegypti* on the United States - Mexico Border - Working Paper”). Ainda em maio, a posição do governo norte-americano foi oficializada na XIX Reunião do Conselho Diretor da Opas, realizada em Washington D.C. (“The U.S Position for 19th Meeting of Directing Council Pan American Health Organization. Washington D.C. September-October 1969”).

Os fatores enumerados acima evidenciam que na tarefa de erradicar o *Aedes aegypti* do seu território, por si só de grande magnitude, os Estados Unidos ainda tiveram que lidar com alguns complicadores a mais, tais como as questões de propriedade e privacidade, muito fortes no país. Além disso, dada a estrutura do sistema federativo norte-americano, a implementação de um programa de erradicação a nível nacional pressupunha uma estreita colaboração entre as autoridades sanitárias federais, estaduais, dos condados e dos municípios, o que se revelou uma tarefa extremamente difícil. As críticas ao programa feitas pelos ambientalistas e pela comunidade médica norte-americana, sobretudo os entomólogos, que defendiam a realização de mais pesquisas sobre formas alternativas de combate ao *Aedes aegypti* que não implicassem na sua erradicação (SIMMONS. “The Urgent Need for Expansion of Research and Development in Support of the *Aedes aegypti* Eradication Program”) completam o quadro que nos ajuda a compreender o rápido abandono do programa norte-americano de erradicação e a conseqüente reinfestação do continente, minando as bases da Campanha Continental.

A decisão dos Estados Unidos de finalizar o seu programa nacional de erradicação ocorreu em um momento no qual diversos países das Américas reportavam seguidas reinfestações de seus territórios pelo *Aedes aegypti*. Os dois fatores foram responsáveis pelo enfraquecimento da Campanha Continental e, posteriormente, pelo seu abandono por parte da Opas, sem que a meta de erradicar o *Aedes aegypti* das Américas fosse alcançada. Assim, todo o trabalho realizado nos vinte e dois anos de vigência da Campanha desmoronava diante do olhar incrédulo dos especialistas em saúde pública do continente e a febre amarela voltava a ser uma ameaça para o Hemisfério Ocidental.

Considerações finais

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, proposta pelo governo bra-

sileiro e lançada em 1947 pela OSP, foi a precursora de todos os programas internacionais de erradicação de doenças lançados no pós-Segunda Guerra Mundial e marcou a “Era Soper de Erradicação”. Sua originalidade reside no objetivo de erradicar o vetor de uma doença de um continente inteiro, mediante a cooperação sanitária entre as nações. A cooperação interamericana na área da saúde, por ela ensejada, antecipou e influenciou a decisão futura da Organização Mundial da Saúde (OMS) de endossar a doutrina de erradicação em escala mundial, o que se materializaria no Programa de Erradicação da Malária (*Malaria Eradication Program – MEP*), em 1955, e na bem sucedida Campanha Mundial para a Erradicação da Varíola, em 1959. Por estes motivos, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* figura dentre os grandes programas de erradicação já implementados, tendo desempenhado um papel decisivo na definição da agenda da saúde global no século XX. Além de ter conseguido evitar a eclosão de epidemias urbanas de febre amarela nas Américas no pós-Segunda Guerra Mundial, ela foi a grande responsável por estreitar as relações entre as Repúblicas americanas e por consolidar um processo de cooperação interamericana na área da saúde que precisa ser conhecido e defendido nos dias de hoje.

Referências

Documentais

ANTUNES, W. S. “Exposição de motivos endereçada a Heitor Prager Fróes, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

ANTUNES, P. C. A.; SEVERO, O. P.; VERÍSSIMO, S. “Report of the Commission for the Evaluation of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States - Washington D.C. April-May 1968”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

CAMARGO, S. “Part II – Survey of the Susceptibility of *Aedes aegypti* from the countries and territories of the Caribbean to DDT, Dieldrin, and candidate inseticides to replace DDT”. p. 1. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Eradication of Aedes aegypti in Latin America*, 1964, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 6).

“Carta de Fred Soper para Waldemar Antunes”, 20 de fevereiro de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

“Carta de Heitor Prager Fróes para Fred Soper”, Rio de Janeiro, 27 de maio de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

“Carta de Waldemar S. de Sá Antunes para Heitor Prager Froes”, Rio de Janeiro, junho 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

“Carta de Waldemar Antunes para Fred Soper”, 28 de maio de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

“Carta de Soper para Lawrence W. Cramer, Secretary General - Caribbean Comission”, 3 de no-

vembro de 1948, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 5.

“Carta de William H. Stewart, Cirurgião-Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, a Abraham Horwitz, Diretor da OPAS”, Washington D.C., 8 de maio de 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 17.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). “Program for the Eradication of the *Aedes aegypti* Mosquito from Continental United States, Puerto Rico and the Virgin Islands” (1968), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

COMMUNICABLE DISEASE CENTER. “Summary of the Conference on *Aedes aegypti* Eradication, Pensacola, Florida, September 27-28, 1960”. U.S. Department of Health, Education, and Welfare / Public Health Service / Communicable Disease Center, 1960, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

“Convenio entre el Gobierno del Paraguay y la Oficina Sanitaria Panamericana, Assunción, 13 de outubro de 1947”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

“Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana para Cooperação no Programa Continental de Febre Amarela (*Draft prepared by Dr. Paoliello, 18/11/49*)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

“Convenio-Colômbia, Carta de Adhemar Paoliello para Paulo Antunes”, 18 de novembro de 1949, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

“Decreto n. 56.759, de 20 de agosto de 1965 - Baixa Normas Técnicas Especiais para a Profilaxia da Febre Amarela e dá outras providências”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 2.

“Diário de Soper, 22 de abril de 1947” (FLS Diary, May 28 - August 31, 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 8.

“Diário de Soper, 5 de novembro de 1947 (FLS Diary, September 1 - December 30, 1947)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 9.

FAUSTO, P. F. “Situación de la Campaña anti-*aegypti* en Colombia (submitted at PAHO Conference on *Aedes aegypti* Eradication in the Americas, Washington D.C., 3-5 April 1967)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

LÓPEZ FERNÁNDEZ, J. R. (director del Proyecto No. 28). “Desarrollo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, (Julio de 1953)”, p. 1, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (Paraguay). “Situación de la Campaña de Erradicación del *Aedes-aegypti* en el Paraguay (Asunción, Julio 6 de 1953)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 2.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (Uruguai). DEPARTAMENTO DE UNIDADES SANITARIAS. OFICINA DE CONTROL DE VECTORES. “Informe Final de la campaña anti-*aegypti*” (1958), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Resolución XXXV”. *XV Conferencia Sanitaria Panamericana - X Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre - 3 octubre de 1958: Actas, Resoluciones y Documentos. (Edición 27 de Documentos Oficiales)*. Washington D.C.: OPAS/OMS, 1959.

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU. “Final Report - First Meeting of the Directing Council Pan American Sanitary Organization, Buenos Aires, September 24 – October 2, 1947”, p. 3, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. “Statement on *Aedes aegypti* Eradication from the Pan American Health Organization (Official Document No. 40, July 1962)”.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. “*Aedes aegypti* on the United States - Mexico Border (Working Paper) - Binational Meeting on *Aedes aegypti* Eradication, El Paso, Texas, 11 - 12 September 1969”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 11.

“Resolution XIX: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the thirteenth plenary session, October 7, 1966)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

SIMMONS, S. W. “The Urgent Need for Expansion of Research and Development in Support of the *Aedes aegypti* Eradication Program (February 23, 1966, CDC Archives)”.

SOPER, F. L. “Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

SOPER, F. L. “Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work” (May 28, 1948)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

SOPER, F. L. “Ofício n.º D-606, de 3 de novembro de 1948, dirigido ao Senhor Ministro da Educação e Saúde Pública, Dr. Clemente Mariani”.

SOPER, F. L. “Statement on *Aedes aegypti* Eradication Prepared for United States Delegation (Surgeon General) for the 17th Pan American Sanitary Conference, September 1966”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 10.

SOPER, F. L. “The Good-Neighbor Policy for Yellow Fever”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

“The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962)”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

“The U.S Position for 19th Meeting of Directing Council Pan American Health Organization.

Washington D.C. September-October 1969”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

TINKER, M. E.; HAYES JR, G. R. “The 1958 *Aedes aegypti* distribution in the United States”, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

Bibliográficas

BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina: uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

CUETO, M. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health (1918-1940). In: WEINDLING, P. (Ed.) *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

CUETO, M. *O Valor da Saúde: História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ETHERIDGE, E. W. *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control*. Berkeley: University of California, 1992.

FARLEY, J. *To Cast Out Disease: A History of The International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York, Oxford: Oxford University Press, 2004.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FRANCO, O. *História da Febre Amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.

FRÓES, H. P. “Proyecto de Campaña Continental para la Erradicación del *Aedes aegypti*”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 26, n. 10, 842-851, 1947.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). “Discusiones técnicas en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana: Informe final / Technical discussions and final report”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 62, n. 1, 1-8, 1967.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). “Duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana (celebrada em Caracas, Venezuela, enero 12-24, 1947): Acta Final”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 26, n. 3, 193-216, 1947.

MAGALHÃES, R. C. S. *A Erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

MAGALHÃES, R. C. S; MAIO, M. C. MAIO. “Seja bem-vindo vizinho: a viagem de Heitor Prager Fróes pelos Estados Unidos e a reconstrução da campanha contra a febre amarela nas Américas (1943-1947)”. *História*, vol. 35, n. 107, 1-17, 2016.

SCHLISSMANN, D. J. "The *Aedes aegypti* eradication program of the U.S.". *Mosquito News*, vol. 24, n. 2, 124-132, 1964.

SCHLISSMANN, D. J. "1965 Progress Report of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States". *Mosquito News*, vol. 26, n. 4, 486-489, 1966.

SCHLISSMANN, D. J. "Initiation of the *Aedes aegypti* eradication programme of the USA". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 36, n. 4, 604-609, 1967.

SENADO FEDERAL. "Decreto Legislativo N. 30 – de 1948, que aprova o Acordo Sanitário Pan-Americano firmado na cidade de Montevideu, em 13 de março de 1948, por delegados do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai", 6 de outubro de 1948.

SEVERO, O. P. "La campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas: Su organización, evolución y resultados hasta diciembre de 1954". *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, vol. 38, n. 4, 378-398, 1955.

SOPER, F. L. "Editorial: Continental Eradication of *Aedes aegypti*". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 26, 898-899, 1947.

SOPER, F. L. "Informe sobre el Programa de la Oficina Sanitaria Panamericana". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 27, n. 11, 977-997, 1948.

SOPER, F. L.; DUFFY, J. *Ventures in World Health: the memories of Fred Lowe Soper*. Washington. D.C.: PAHO, 1977.

WILLIAMS, S. C. Nationalism and public health: the convergence of the Rockefeller Foundation techniques and the Brazilian federal authority during the time of yellow fever. In: CUETO, M. (Org.) *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

Artigo submetido em 05/05/2021

Aceito em 30/06/2021