

II. Abordagens disciplinares

história da saúde na América latina: o papel das conferências sanitárias pan-americanas (1902-1958)

Nísia Trindade Lima

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

11. HISTÓRIA DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: O PAPEL DAS CONFERÊNCIAS SANITÁRIAS PAN-AMERICANAS (1902-1958)

Nísia Trindade Lima

Os estudos históricos sobre os processos de saúde e doença na América Latina têm se intensificado nas duas últimas décadas. Balanços sobre as perspectivas historiográficas adotadas, estilos intelectuais e ênfases temáticas demonstram como, sobretudo, o tema das doenças tem despertado o interesse de historiadores e cientistas sociais que o vêem como um posto privilegiado para a observação de questões mais amplas relacionadas com a modernização das sociedades; com a construção material e simbólica do Estado nacional; com diferentes percepções sobre as práticas de cura e com as respostas das sociedades às epidemias.¹

Uma das tendências na literatura mais recente consiste em conferir maior relevância aos atores, que passaram a ser considerados como sujeitos ativos que têm capacidade de resistência, acomodação, negociação e formulação (Cueto, 1996a). É nessa perspectiva que se insere este texto, que melhor seria apresentado como uma proposta para novas pesquisas e ampliação da agenda de estudos históricos sobre a saúde na América Latina. A principal sugestão que ele apresenta é a de se abordar a interação de atores médicos e sanitaristas em fóruns internacionais promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde: as Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Trata-se de chamar atenção para a importância das interações que se estabelecem entre personagens que exerceram liderança científica e, muitas vezes, política nos países latino-americanos e para o modo como esses fóruns contribuíram para o estabelecimento de negociações em torno de controvérsias científicas e também na definição de prioridades e ações em saúde pública. Trata-se também de reconhecer seu papel na difusão de idéias e elaboração de agendas compartilhadas para a saúde nas Américas. Ademais, ao se pensar em perspectivas comparadas para o estudo da saúde na América Latina, há que se reconhecer o fato de, no que concerne às elites médicas, verificar-se um intercâmbio entre os diferentes países, uma vez que no continente organizou-se de forma mais regular a cooperação internacional.

¹ Consultei principalmente as resenhas bibliográficas elaboradas por Armus (2003) e Cueto (1996b).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) é não só o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde, como também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. A saúde foi o setor de atividade em que, em alguma medida, as controversas idéias sobre pan-americanismo² puderam de alguma forma se expressar. Alguns autores observam que muitos latino-americanos, especialmente na área da saúde, viram o pan-americanismo como um instrumento para os Estados Unidos da América do Norte imporem seu próprio ponto de vista em matéria sanitária e econômica. Não obstante, ao trabalharmos com a perspectiva da interação dos atores e reconhecermos a existência de espaços de negociação, podemos perceber nuances para essa atuação que não se resume a uma imposição direta por parte daquele país.

A delimitação do período de 1902 a 1958 corresponde à fase que se estende da criação da Opas até a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, durante a qual as atividades de cooperação técnica eram bastante incipientes e a atuação do organismo se fazia sentir no papel desempenhado pelas Conferências Sanitárias e pelo periódico *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*. O texto destaca alguns temas discutidos nas Conferências e que têm um papel relevante para a história da saúde no continente: doenças transmissíveis (especialmente febre amarela); doenças sexualmente transmissíveis; controle e vigilância sanitária e reformas da saúde.

No estudo da atuação da Opas, sugiro que nem sempre o papel desse organismo deve ser aferido pelas influências mais diretas em termos de apoio ou desenvolvimento de programas relevantes nos países. Houve desde as primeiras décadas do século XX crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e o papel do organismo deve também ser considerado em termos da construção de uma agenda comum e, de certo modo, de uma comunidade de especialistas.

A SAÚDE COMO QUESTÃO INTERNACIONAL

O papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do século XIX ainda não foi suficientemente avaliado. A consciência a respeito do mal público³ representado pelas doenças transmissíveis e da necessidade do estabelecimento de medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuiu para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial. Diferentes explicações poderiam ser enunciadas, mas deve-se destacar o crescente fluxo de mercadorias e pessoas; e, também, de doenças.

² O tema merece análise mais cuidadosa, impossível de ser realizada nos limites deste trabalho. Os que o discutem tendem a diferenciar a corrente hispano-americana, que tem em Simon Bolívar o principal expoente, e a tese do pan-americanismo na versão norte-americana, especialmente o que tem origem na chamada doutrina Monroe. Ver a respeito Veronelli & Testa (2002).

³ Refiro-me a conceito de Wanderley Guilherme dos Santos, que define 'mal público' como fenômeno que atinge a todos os membros de uma coletividade, independentemente de terem contribuído para seu surgimento e disseminação. Segundo o autor, "ninguém pode ser impedido de consumir um bem coletivo, se assim o quiser (...) ninguém poderá se abster de consumir um mal coletivo, mesmo contra a sua vontade" (Santos, 1993:52)

Ações de proteção à saúde foram objeto de constantes debates e tentativas de normalização, e mesmo quando a eminente eclosão de conflitos entre os Estados nacionais em seu processo de expansão imperialista colocou em evidência o tema da guerra, a agenda de saúde intensificou-se como questão internacional. As relações entre guerras e fenômenos mórbidos vêm merecendo inclusive a crescente atenção de historiadores que avaliam o impacto de epidemias como as de cólera na Europa oitocentista.

No século XIX, o conhecimento científico sobre as condições de saúde das coletividades humanas encontrava expressão no estudo da higiene, disciplina que se formava, sob a influência do intenso processo de transformações pelo qual passavam as sociedades europeias com o advento da industrialização e da urbanização. Londres, Paris, Berlim e, no continente americano, Nova York, atingiram a marca de um milhão de habitantes naquele século, caracterizando o fenômeno da formação das sociedades de massas e de intenso processo de publicação de relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas.⁴ A associação entre cidade massiva e patologia era uma constante, ao mesmo tempo que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas públicas pode ser verificado nos diferentes países europeus, ainda que com significativa variação nas propostas de reforma (Porter, 1998).

Naquele cenário, entendia-se por higiene o estudo do homem e dos animais em sua relação com o meio, visando ao aperfeiçoamento do indivíduo e da espécie (Latour, 1984) Alcançando notável desenvolvimento na França, antes mesmo do desenvolvimento da bacteriologia, a tentativa de normalizar a vida social a partir de preceitos ditados pela higiene foi um fenômeno tão notável que levou Pierre Rosanvalon (1990) a falar de um “Estado higienista” (Lima, 1999:94).

As bases epistemológicas da higiene, até a segunda metade do século XIX, encontram-se no chamado neo-hipocratismo, “uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade” (Ferreira, 1996:57). O neo-hipocratismo deu origem a duas posições que durante os séculos XVIII e XIX se alternaram na explicação sobre as causas e formas de transmissão de doenças: a ‘contagionista’ e a anticontagionista ou ‘infeccionista’ (Ackerknecht, 1948).

Para a primeira, uma doença podia ser transmitida do indivíduo doente ao indivíduo sã no contato físico ou, indiretamente, por meio de objetos contaminados pelo doente ou da respiração do ar circundante. Segundo a concepção contagionista, uma doença causada por determinadas condições ambientais continuaria a se propagar, independentemente dos miasmas que lhe deram origem. As práticas de isolamento de doentes, a desinfecção de objetos e a instituição de quarentenas consistem em resultados importantes de tal concepção sobre a transmissão das doenças.

⁴ O Rio de Janeiro, então capital da República dos Estados Unidos do Brasil, contava em 1900 com uma população de 700.000 habitantes.

Já a explicação anticontagionista defendia o conceito de infecção como base explicativa para o processo de adoecimento, ou seja, uma doença era adquirida no local de emanção dos miasmas, sendo impossível a transmissão por contágio direto. Não é difícil avaliar as conseqüências de um debate aparentemente restrito a pressupostos etiológicos. Com efeito, posições anticontagionistas desempenharam papel decisivo nas propostas de intervenção sobre ambientes insalubres – águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgotos – e nas propostas de reforma urbana e sanitária nas cidades européias e norte-americanas durante o século XIX. Ainda que seus pressupostos científicos tenham sido avaliados como equivocados após o advento da bacteriologia, os efeitos positivos de sua concepção ambientalista para a melhoria das condições de saúde têm sido lembrados por vários estudos (Rosen, 1994; Duffy, 1990; Hochman, 1998).

Tanto na versão contagionista como na anticontagionista, uma das características mais marcantes da higiene no período que antecedeu a consagração da bacteriologia consistia na indeterminação da doença.⁵ O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. A fluidez do diagnóstico era acompanhada pela imprecisão terapêutica. Por outro lado, essa característica permitia que os higienistas atuassem como tradutores dos mais diversos interesses (Latour, 1984).

O estudo de Bruno Latour sobre a consagração de Louis Pasteur e da bacteriologia na França traz um argumento pertinente à presente reflexão. O ponto mais relevante da análise do autor consiste em propor uma visão alternativa à consagrada em toda uma linha de história da medicina social. Estudos clássicos como o de George Rosen (1994.), por exemplo, entendem que a bacteriologia teria gerado o abandono das questões sociais pela saúde pública. Tudo se resumiria à ‘caça aos micróbios’, deslocando-se a observação do meio ambiente físico e social para a experimentação confinada ao laboratório.

O que teria acontecido, segundo Latour, seria uma mudança nas representações sobre a natureza da sociedade. Em sua perspectiva, tratava-se de uma lição de sociologia dada pelos pastorianos, uma vez que o que indicavam era a impossibilidade de se observar relações sociais e econômicas, sem considerar a presença dos micróbios. Seria impossível identificar relações homem a homem, pois os micróbios estariam presentes em toda parte, assumindo o papel de verdadeiros mediadores das relações humanas (Latour, 1984).

O micróbio poderia mesmo promover a indistinção das barreiras sociais entre ricos e pobres, como afirmavam legisladores de fins do século XIX. Esse ponto foi abordado de forma muito sugestiva pelo médico norte-americano Cyrus Edson, que, em fins do século

⁵ Essa polarização representa uma simplificação do debate científico. Entre os extremos, podem ser historicamente identificadas nuances nas concepções médicas sobre o que hoje denominamos doenças infectocontagiosas. Durante o século XIX, também encontramos explicações fundamentadas no conceito de contágio sendo consideradas válidas para algumas doenças, e a atribuição de causas infecciosas para outras. No Brasil, isso fica claro nos estudos históricos sobre a febre amarela (cf. Benchimol, 1996, 2001; Chalhoub, 1996).

XIX, apresentou o micróbio como “nivelador social”. As ações públicas de saúde seriam uma decorrência do encadeamento de seres humanos e sociedades revelador da “dimensão socialista do micróbio” (Hochman, 1998:40). Em suma, o estudo dos micróbios entrelaçava-se fortemente ao da própria sociedade, redefinindo relações, formas de contato e as noções de pureza e de risco.⁶

O estudo realizado por Murard e Zylberman (1985) reforça o argumento até aqui apresentado. Os autores entendem que a higiene de fins do século XIX e início do século XX pode ser entendida como ciência social aplicada. À semelhança da análise de Latour, os autores observam que os pastorianos representaram, até certo ponto, uma continuidade em relação aos higienistas que discutiam anteriormente as idéias de transmissão das doenças. Consideram um equívoco atribuir-se à mudança nas explicações sobre contágio e à ênfase em pesquisas laboratoriais uma alteração radical no escopo da ação dos higienistas. Em outras palavras, a ênfase no papel dos micróbios na transmissão das doenças não implicaria o abandono de temáticas sociais. Na verdade, deslocava-se a atenção, dirigida anteriormente para o meio ambiente, para as pessoas infectadas, acentuando-se os aspectos normalizadores da higiene sobre a sociedade.

A literatura tem sido mais atenta a esse ideal e discurso normalizador, deixando um pouco de lado o problema de como encontra efetividade no plano das relações sociais. Com base fundamentalmente em fontes elaboradas por médicos do século XIX, muitas vezes o que se faz é reificar as interpretações elaboradas por eles sobre seu papel e capacidade de intervenção, reitereando-se o binômio cidade-doença, e as relações entre medicina e controle do espaço urbano.⁷

Em geral, os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, seja na França, na Alemanha ou na Inglaterra, tenderam a voltar-se para os cenários urbanos e, ainda que destacassem a associação entre cidade massiva e doença, revelavam certa dose de otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano. O otimismo diante da possibilidade de intervenção científica compensava o sombrio diagnóstico associado à cidade que emerge com o advento do capitalismo industrial.⁸ Como vários estudos têm revelado, os narradores oitocentistas descrevem a cidade como cenário privilegiado de observações das manifestações mais perversas das novas relações de trabalho e sociabilidade. A cidade, então, passa a ser vista como ‘laboratório social’ onde se poderiam observar os aspectos disruptivos da nova ordem: a fome, a doença, a embriaguez e a loucura (Rezende de Carvalho & Lima, 1992).

⁶ É importante observar que não procedem tentativas de estabelecer uma relação de causalidade direta entre o conhecimento científico, mais especificamente o relacionado à bacteriologia, e sentimentos de aversão ao que é considerado impuro e perigoso à saúde. Esse ponto é enfatizado especialmente nas obras de Norbert Elias (1990) e Mary Douglas (1976).

⁷ Para uma crítica dessas tendências na historiografia européia e na produção intelectual brasileira sobre medicina social, ver o artigo de Rezende de Carvalho e Lima (1992).

⁸ Este ponto fica muito claro no estudo de George Rosen (1979) sobre a história do conceito de medicina social. Segundo o autor, o conceito de medicina social está intimamente associado ao desenvolvimento do capitalismo e à emergência das questões social e urbana.

Não se deu apenas no plano interno às nações o impacto do fenômeno urbano e dos novos conhecimentos relativos à saúde. Importante dimensão desse processo ocorreu nas relações internacionais, com a intensificação do comércio e as implicações negativas da instituição das quarentenas nos portos marítimos. As controvérsias científicas ocorreriam também nos primeiros fóruns internacionais criados no campo da saúde: as Conferências Sanitárias Internacionais.

A doença mais marcante durante o século XIX foi o cólera, que deu origem à que foi considerada a primeira pandemia no período de 1817-23, e que atingiu progressivamente países do Golfo Pérsico e aqueles banhados pelo Oceano Índico. O padrão tradicional da expansão dessa doença se viu alterado pela maior densidade do comércio internacional e dos movimentos militares derivados da dominação britânica na Índia. Uma segunda pandemia ocorreu em 1826, atingindo dessa vez a Rússia, o Báltico e finalmente a Inglaterra (Veronelli & Testa, 2002). A terceira pandemia de cólera atingiu a América (1852-59) e a quarta, com início em 1863, chegou a Nova York em 1863, Buenos Aires em 1866 e, em 1867, à região onde se deflagrava a Guerra do Paraguai, afetando as tropas aliadas e paraguaias.⁹

Sob o impacto das epidemias de cólera e febre amarela, realizou-se em Montevideu, em 1873, convenção sanitária em que Brasil, Argentina e Uruguai firmaram uma ata determinando medidas de prevenção comum diante de doenças como cólera asiático, febre amarela, peste e tifo. Em 1887, realizou-se no Rio de Janeiro novo colóquio entre esses países, em que se estabeleceu a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (Veronelli & Testa, 2002).

A experiência das epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel determinante na percepção por parte das elites políticas sobre os problemas sanitários, favorecendo ações políticas, a criação de organizações e a intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas (Briggs, 1961). Sua conotação de pandemia implicou também não apenas a transformação da saúde em problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas sua compreensão como tema de política internacional. A constituição de sistemas sanitários representa capítulo importante na constituição do Estado de Bem-Estar Social (De Swaan, 1990; Hochman, 1998) e, ao mesmo tempo, processo crucial para a percepção das doenças transmissíveis como tema central na configuração das relações internacionais.

Foi nesse quadro que, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico sobre as controvérsias que cercavam a causa e os mecanismos de transmissão de doenças, e político, uma vez que se tratava de estabelecer normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica. Esses fóruns reuniam basicamente países europeus e expressavam a contradição entre a crescente insegurança diante da ampliação das epidemias e da própria emergência do conceito de pandemia e a idéia de progresso que se afirmava e encontrava

⁹ Consta que Francisco Solano Lopez, líder paraguaio, também contraiu a doença.

representação simbólica nas Grandes Exposições Internacionais. Sugestivamente, a primeira Conferência Sanitária e a primeira Exposição Internacional ocorreram no mesmo ano, 1851, respectivamente em Paris e Londres (World Health Organization, 1958).

Oito anos após esse colóquio e na mesma cidade, foi realizada a II Conferência. A III Conferência realizou-se em 1866 e a seguinte em Viena, em 1874. A V Conferência Sanitária Internacional foi a primeira a se realizar no continente americano e ocorreu em Washington, em 1881. Aristides Moll, editor científico da Oficina Sanitária Pan-Americana nas décadas de 1920 e 1930, chegou a apontá-la como a primeira Conferência Sanitária Pan-Americana (Veronelli & Testa, 2002; Moll, 1940). Entretanto, a representação dos países americanos era basicamente dos corpos diplomáticos, que não expressavam a constituição das autoridades sanitárias nacionais.

Um dos fatos mais significativos durante a V Conferência foi a participação de Carlos Finlay, delegado especial de Espanha, representando Cuba e Porto Rico. Finlay apresentou sua teoria sobre a transmissão da febre amarela que, em sua explanação, acentuou ser uma concepção alternativa aos argumentos contagionista e anticontagionista e que estava fundamentada na seguinte hipótese: a presença de agente inteiramente independente para sua existência tanto da doença como do homem doente, mas absolutamente necessário para que a enfermidade fosse transmitida do portador da febre amarela ao indivíduo sã. Esse agente, ou vetor, era um mosquito, e sua hipótese só foi considerada plenamente demonstrada 20 anos depois.¹⁰

Os debates sobre a transmissibilidade das doenças nunca foram estritamente científicos. No que se refere à imposição de quarentenas, a politização do tema seria flagrante, uma vez que interferiam no fluxo comercial, no comércio internacional e no deslocamento populacional. O cólera, a peste e a febre amarela eram as três doenças em relação às quais havia maior atenção dos países. Seu significado transcendia ações de combate específicas e elas consistiram em importantes elementos na própria configuração e reconfiguração dos Estados modernos.

O consórcio entre cientistas e representantes diplomáticos dos Estados favoreceu a estruturação progressiva de uma política sanitária internacional. Robert Carvais ressalta que os médicos das diferentes sociedades européias não compartilhavam uma doutrina comum e que as Conferências contribuíram sensivelmente na definição de posições científicas e na adoção de medidas de proteção diante das epidemias, principalmente nos portos. A substituição das quarentenas pela desinfecção dos navios foi uma das conseqüências das teorias de Pasteur, mas que não prevaleceu sem uma série de mediações; três Conferências Internacionais desempenharam a esse respeito importante papel: a de Viena, em 1874, a de Washington em 1881 e a de Roma em 1885 (Carvais apud Salomon-Bayet, 1986).

¹⁰ Antes de Finlay, investigações sobre a transmissão da malária levaram alguns médicos a sugerir vínculos entre mosquitos e febre amarela, como foi o caso de John Crawford, em 1807. Também Louis Daniel Beaupérthuy (1825-1871), médico e naturalista francês que trabalhou na Venezuela, apresentou a hipótese da transmissão da febre amarela por mosquitos (Cueto, 1996a).

No caso das Américas, a febre amarela era considerada o grande desafio de política sanitária, especialmente no que se refere ao comércio entre as nações, daí sua expressiva presença nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Em parte, essa doença desempenhou no continente americano papel similar ao exercido pelo cólera na Europa.

AS CONFERÊNCIAS SANITÁRIAS PAN-AMERICANAS¹¹

Em janeiro de 1902, na cidade do México, realizou-se a II Conferência Internacional dos Estados Americanos. Atendendo à recomendação de seu Comitê de Política Sanitária Internacional, a Conferência aprovou a convocação de uma convenção geral de representantes dos organismos sanitários das repúblicas americanas para decidir sobre a notificação de enfermidades, o intercâmbio dessa informação entre as repúblicas, a realização de convenções periódicas sobre a matéria e o estabelecimento de uma oficina permanente em Washington para coordenar essas atividades. A I Convenção Sanitária Internacional foi realizada em Washington, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e criou a Oficina Sanitária Internacional, que funcionou como apêndice do Serviço de Saúde Pública dos EUA, acumulando o cirurgião geral, chefe desse serviço, a direção da Oficina Sanitária Internacional até 1936 (Opas, 1992; Macedo, 1977; Bustamante, 1972).

Em 1905, realizou-se a II Convenção Sanitária, que estabeleceu propostas relativas a quarentenas e à notificação de enfermidades no continente. Seria, segundo alguns autores, a precursora do Código Sanitário Pan-Americano. Em dezembro de 1907 houve a terceira, na cidade do México. Em 1909, na Costa Rica, ocorreu a quarta reunião, em que se propôs a mudança do nome Convenção para Conferência e, em 1911, a V Conferência, realizada em Santiago do Chile, em que se decidiu nomear a Oficina como Oficina Sanitária Pan-Americana, responsabilizando-a pela elaboração de um projeto de Código Sanitário Marítimo Internacional.

Com a eclosão da Primeira Guerra Mundial houve um longo intervalo e, em 1920, na cidade de Montevideu, realizou-se a VI Conferência Sanitária Internacional. Essa conferência referendou o nome do cirurgião geral do Serviço de Saúde dos EUA, Hugh Cumming, como diretor da Oficina, posição que ele ocupou até 1947, apesar de ter deixado o cargo de cirurgião geral dos EUA em 1936. Nessa conferência, deliberou-se pela criação do *Boletim Pan-Americano de Saúde*, publicado mensalmente a partir de 1922, cujo nome foi alterado posteriormente para *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*.¹² Na VI Conferência Sanitária, a Oficina definiu sua reestruturação. Pouco a pouco estendeu seu raio de ação e constituiu um centro consultor (Ata da IX Conferência).

Em Havana, 1924, na VII Conferência Sanitária Pan-Americana, aprovou-se o projeto do Código Sanitário Marítimo Internacional, logo designado como Código Sanitário Pan-Ameri-

¹¹ Uma versão mais detalhada desta seção do texto pode ser vista em Lima (2002).

¹² Passarei a me referir à publicação como *Boletim*. Nas referências bibliográficas empregarei a sigla Bosp.

cano. Esse documento foi objeto de discussões posteriores pelo poder Legislativo de cada país integrante do organismo, para efeito de ratificação.

Quatro anos mais tarde, em Lima, a VIII Conferência estabeleceu um Conselho Diretor para a Oficina, e aprovou que ela atuasse coletando dados para a Oficina Internacional de Saúde Pública, criada em 1907, com sede em Paris (Bosp, 1928). Apesar dos trabalhos históricos sobre a Opa, ressaltaram o papel da VII Conferência, devido à aprovação do Código Sanitário, o exame do colóquio realizado em Lima requer análise mais cuidadosa, uma vez que ele demonstra preocupações que iam além das medidas sanitárias nos portos.

Como mecanismo de cooperação técnica, instituiu-se o cargo de comissários itinerantes (*viajeros*) – funcionários dos serviços nacionais de saúde que poderiam ser cedidos à Oficina e que deveriam prestar colaboração às autoridades sanitárias dos países signatários. A Conferência aprovou também um anexo ao Código Sanitário e definiu o processo de ratificação, completado apenas em 1936, com a assinatura pelas 21 repúblicas existentes na América.

As Conferências Sanitárias, ao incluírem como ponto central de seu programa os informes dos países, contribuem para que se compreenda a importância de algumas enfermidades, aspectos do quadro sanitário e ações em curso. No caso da VIII Conferência, encontram-se, por exemplo, evidências sobre semelhanças do quadro sanitário dos Estados Unidos da América do Norte em relação aos demais países americanos. A delegação norte-americana formada por Hugh S. Cumming, John Long e Bolívar Lloyd apresentou informe sanitário abrangente sobre o país, com dados sobre as seguintes doenças: tuberculose; câncer; tracoma; bócio; febre ondulante (zoonose); lepra; encefalite epidêmica; sarampo; febre das montanhas rochosas; difteria e malária.

No que se refere às doenças venéreas, ocorreu debate sobre as medidas mais adequadas para coibir os efeitos negativos da prática da prostituição. O delegado do Panamá defendeu o controle médico e John Long, representante norte-americano, simplesmente a proibição, exemplificando com o que ocorrera no Chile. Em sua perspectiva, a prostituição clandestina geraria menos problemas, uma vez que reduziria o número de parceiros sexuais. Note-se que esse debate foi também muito intenso no Brasil, com predomínio da tese do controle sanitário e orientação médica (Carrara, 1996).

Durante a VIII Conferência, em que se discutiram prioritariamente assuntos concernentes ao Código Sanitário Internacional, o tema que provocou mais controvérsias, a julgar pelas atas publicadas no boletim, foi a recomendação de unificação da autoridade sanitária nacional nos países, fosse pela criação de um Ministério da Saúde, fosse pela criação de um Departamento Nacional de Saúde.

A delegação do Peru apresentou documento sobre a criação de ministérios da Higiene denominado 'As bases em que se apóia a Criação do Ministério da Higiene', propondo que a

VIII Conferência Sanitária Pan-Americana reiterasse sua adesão à reforma do Estado, com ênfase na criação de ministérios consagrados aos assuntos médico-sanitários ou de departamentos nacionais que centralizassem os serviços sanitários. Como observa Paz Soldan:

Creio que a medicina social, no atual momento, deve ser aplicada com critério político e que cabe aos higienistas reivindicar para si o direito de governar e dirigir as coisas relacionadas com a saúde pública senão..contrárias ao bem e ao progresso sanitário da coletividade. Um *Ministério de Higiene para os Higienistas*. Aqui está minha convicção. (Paz Soldan, 1928:146) (grifo meu)

A presença e a ênfase nesse tema têm importância especial, pois coloca a reforma do Estado, a reforma sanitária preconizada à época, como uma preocupação importante no debate sobre a adoção de políticas comuns pelos países americanos. No Brasil, isso – a proposta de centralização dos serviços e ações de saúde, preferencialmente com a criação de um ministério – estava colocado desde meados da década de 1910.¹³ De que forma o tema estava sendo articulado por outros países da América, sobretudo da América do Sul, é matéria que merece atenção. No Peru, por exemplo, ocorreu mobilização social semelhante à do movimento sanitarista brasileiro – o movimento de Reforma Médica. Seu principal líder, Paz Soldan, publicou inclusive artigo na revista *Saúde*, periódico oficial da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que encerrava com a frase: “Eugениzar é Sanear” (Lima & Brito, 1996).¹⁴ Importa observar que o médico peruano atuou também durante longo período na Opas – aproximadamente 50 anos.

Após a VIII Conferência, intensificou-se o processo de ratificação do Código, o que possivelmente foi favorecido pelas missões de reconhecimento organizadas em vários países por John Long, primeiro e mais importante ‘comissário itinerante’ da Opas.¹⁵

Em 1934, na IX Conferência, merece registro o relato de Fred Soper, que havia solicitado autorização para participar como observador, representando a Fundação Rockefeller. Em sessão secreta, Soper apresentou os resultados de seu trabalho no Brasil, ressaltando que a febre amarela deveria ser considerada como um problema continental.

É a partir desse enquadramento, aliado à atmosfera da Segunda Guerra Mundial, que pode ser mais bem avaliado o impacto da realização da XI Conferência Sanitária Pan-Americana, no Rio de Janeiro, em 1942. No plano interno, um ano antes, durante as comemorações do aniversário do Estado Novo, o ministro Capanema promovera a I Conferência Nacional de

¹³ Sobre o movimento sanitarista da Primeira República, ver Labra (1985); Castro-Santos (1987); Hochman (1998); Lima (1999).

¹⁴ A respeito das diferentes correntes eugenistas e de suas especificidades na América Latina, ver o trabalho de Nancy Stepan (1991).

¹⁵ O *Boletim* ano 8, n. 11 relata a visita de Long a diversos países da América Latina na condição de representante *viajero*. As informações mostram que no Uruguai o Código Sanitário havia sido ratificado pelo Congresso. No Paraguai, estava em processo de discussão. O informe sobre o Chile dá conta de melhoria nas condições sanitárias: boa água potável, leite pasteurizado etc. No caso da Bolívia, refere-se à ratificação do Código, pouco tempo depois de sua visita. No Brasil, Long chegou a 7 de setembro de 1928, fazendo contato com o Dr. Barros Barreto e o Dr. Mattos; em seu relato, ele destacou as medidas de controle da febre amarela e da peste.

Saúde, dando início, em um período ditatorial, ao estabelecimento de fórum de especial significado para a constituição da política nacional de saúde (Hochman & Oliveira, 2000).

O conflito mundial e, como seu corolário, a defesa continental e da saúde, figurou como primeiro e mais importante tema abordado, inclusive com a indicação de que fosse realizado inquérito sobre a distribuição geográfica das doenças transmissíveis de importância em tempo de guerra. Na mesma perspectiva, sugeriu-se a cooperação integral entre os serviços de saúde, militares e civis. A primeira metade do século XX, e aí não reside naturalmente nenhum paradoxo, viu nascer as formas modernas de cooperação internacional e também a generalização da guerra como fenômeno mundial.

Na abordagem das doenças transmissíveis, a XI Conferência aprovou resolução que apresentava a malária como “a doença que maiores prejuízos causa à maioria das nações do continente” e recomendava que os departamentos nacionais de saúde dos países americanos aceitassem as recomendações da Comissão de Malária da Oficina Sanitária Pan-Americana.

As ações destinadas à erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, Peru e Bolívia resultaram em voto de aplauso, consistindo mais uma vez a febre amarela num tema prioritário no debate entre as autoridades sanitárias do continente americano. Outras doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, a influenza, a lepra, a peste, o tifo e a tuberculose, também foram objeto de teses e resoluções.

Questões de engenharia sanitária, mormente o uso do cloro na higienização da água e produção do verde-paris na luta contra o mosquito, indicam a crescente importância que essa especialidade vinha adquirindo. A maior ênfase em tópicos como nutrição e habitação consistem também em importante característica da XI Conferência. A Conferência que antecedeu a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o novo desenho da cooperação internacional do setor apresentou em suas resoluções alguns indícios do alargamento da pauta e de uma cooperação técnica que, embora ainda frágil, indicava o papel mais ativo que a Opa viria a desempenhar no período seguinte, após a eleição de Fred Soper, em 1947.¹⁶

O papel efetivo da organização e seu impacto nas políticas de saúde dos países que a integravam eram certamente reduzidos, e as resoluções aprovadas nas diferentes instâncias e mesmo nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas melhor seriam definidas como recomendações, cuja aplicação dependia de processo intenso de trabalho e convencimento das autoridades sanitárias dos países. No próprio debate sobre a implementação do Código Sanitário, durante a VIII Conferência, o ponto foi bem observado por John Long, que afirmou não ter a Oficina “poder coercitivo algum”, não podendo exercer qualquer controle para seu cumprimento por cada país (Anais da VIII Conferência Sanitária Pan-Americana, 1928).

¹⁶ A eleição de Soper ocorreu durante a XII Conferência, que, devido à Segunda Guerra, só pôde se realizar em 1947.

As ações de cooperação técnica, embora bastante incipientes, basicamente restringindo-se à atividade do representante itinerante, começam a apresentar alguns programas de maior impacto, entre os quais se destacam a criação do Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá, em 1946, e o programa de bolsas de estudos, com início oficial em julho de 1939.

No plano da formação de pautas de temas e consensos básicos sobre questões de saúde, o *Boletim* representou também uma das mais importantes atividades. Tendo seu primeiro número publicado em 1922, consistiu em importante meio de formação de opinião entre médicos e gestores de saúde pública.¹⁷

A SEGUNDA GUERRA E MUDANÇAS NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Após a Segunda Guerra, verificou-se notável alteração nas relações internacionais, com a crescente importância dos Estados Unidos da América do Norte e novos padrões de relações internacionais que repercutiriam na cooperação pan-americana.

Esse novo contexto afetaria a posição da Opas de diferentes maneiras. A sustentação financeira das políticas do organismo pelo governo norte-americano passou por alguns revezes que se explicam pelo maior interesse em uma atuação mais direta nos países, em detrimento da aposta no fortalecimento de um organismo baseado em relações intergovernamentais.

Do ponto de vista do governo norte-americano não se tratava de desinteresse pelo investimento em países latino-americanos, mas de uma nova estratégia que privilegiava a criação nesses países de instituições locais orientadas pela política norte-americana. Naturalmente, os interesses em pauta eram bastante complexos e incluíam também os dos países latino-americanos mobilizados para atrair grandes investimentos industriais, como foi o caso do Brasil. Motivações de grupos profissionais deveriam também ser consideradas para que se pudesse empreender análise mais abrangente sobre o tema, o que escapa aos propósitos deste trabalho. O importante é considerar que os interesses em jogo e as idéias defendidas não implicavam posições fixas e definidas *a priori*. Um exemplo disso é a atuação de Fred Soper: em alguns momentos articulador de propostas do governo norte-americano; em outros, aliado aos sanitaristas e a governos latino-americanos na busca de sustentação para a Opas e os programas de combate a doenças que considerava prioritárias.

Sob o impacto do ataque japonês a Pearl Harbor, realizou-se no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, a III Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Suas principais recomendações consistiram na mobilização de recursos pelos países latino-americanos, tendo em vista a guerra, e na adoção de medidas de saúde pública mediante

¹⁷ Miguel Bustamante (1972), em retrospectiva histórica sobre os 50 primeiros anos da Opas, apresenta dados sobre a tiragem e circulação desse importante periódico. Publicando artigos em espanhol, português, inglês e francês, ele era distribuído gratuitamente a médicos e a outras pessoas relacionadas com os Departamentos de Higiene nacionais e locais.

acordos bilaterais. Da Conferência resultaram os acordos de Washington, entre os quais o de saúde e saneamento, que daria origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (Campos, 2000; Braga, 1984).

No que se refere às relações interamericanas, importante característica do período foi a mudança do padrão de relacionamento que desde o início marcara as atividades da Oficina Sanitária Pan-Americana: sua subordinação à política de saúde do governo norte-americano. É possível indicar uma fase de transição que posteriormente implicaria maior presença dos países latino-americanos na gestão da Opas, o que se expressou na eleição do chileno Abraham Horwitz para o cargo de diretor-geral, em 1958.

A análise, ainda que breve, da gestão de Fred Soper como diretor da Organização Pan-Americana da Saúde requer que se considere esse novo contexto e um fato, este mais destacado nos balanços históricos: a criação, em 1946, da Organização Mundial da Saúde.

Em 1945, durante a Conferência de São Francisco, nos Estados Unidos da América do Norte, realizada com o objetivo de aprovar projeto de Constituição da Organização das Nações Unidas, as delegações do Brasil e da China apresentaram a proposta de se constituir comitê responsável por avaliar as possibilidades de se criar uma organização internacional de saúde. No ano seguinte, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas reuniu-se para convocar Comissão Técnica Preparatória da Conferência Sanitária Internacional, cujo fim seria criar uma organização internacional. Esse comitê, reunido em Paris em março-abril de 1946, foi integrado por 16 especialistas em saúde pública e representantes de quatro organizações internacionais de saúde. No mês de julho de 1946, 71 Estados nacionais formaram a Constituição da Organização Mundial da Saúde.

Não foi simples estabelecer o papel a ser desempenhado pela Organização Pan-Americana da Saúde e lhe garantir alguma autonomia. Fator decisivo foi o aumento de seu orçamento com a elevação das contribuições dos países latino-americanos, principalmente a Argentina, o Brasil e o México. A capacidade de sustentação da Opas, em contraste com o exíguo orçamento da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a II Assembléia Mundial de Saúde, firmou-se acordo entre o diretor-geral da OMS, Brock Chisholm, e Fred Soper, diretor da Opas, pelo qual esse organismo, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (Opas, 1992; Soper, 1977).

A eleição de Soper para esse cargo ocorreu, na cidade de Caracas, em 1947, durante a XII Conferência Sanitária Pan-Americana, na qual dominou o debate o tema da nova organização internacional em matéria de saúde. Nesse fórum ocorreram mudanças importantes em termos da estrutura e instâncias decisórias e da agenda de temas e questões prioritárias. Desde então, a Conferência Sanitária Pan-Americana, além de traçar diretrizes de política sanitária para o continente americano, passou a atuar como Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde.

de, contando com a participação de dirigentes desse organismo. A Oficina Sanitária Pan-Americana transformou-se em Organização Sanitária Pan-Americana.

No que se refere à mudança na pauta de temas prioritários, destacam-se a inclusão e o destaque conferido a temas como organização de serviços nacionais de saúde; zoonoses; saúde dos trabalhadores; migrações, alimentos; fármacos e relações entre a saúde pública e os seguros sociais. A saúde materno-infantil seria objeto da Declaração de Caracas, que estabelecia “os direitos da criança a uma vida saudável e à saúde”. Outra área que viria a se desenvolver com maior intensidade após a Conferência foi a engenharia sanitária, constituindo o saneamento básico tema central da cooperação técnica efetivada pela Opas, especialmente a partir da década de 1950.

Não obstante a ampliação da agenda, a febre amarela continuou como tema prioritário, ao menos nos três primeiros anos da gestão de Soper como diretor da Opas. Durante as décadas de 1950 e 1960, em reuniões das instâncias deliberativas da Opas e em informes e artigos publicados no *Boletim*, a erradicação do *Aedes aegypti* constava como uma das principais preocupações para a cooperação interamericana em saúde. Também no que se refere a essa importante atividade, ocorreram tensões e divergências entre a direção da Opas e o governo norte-americano. Em mais de uma oportunidade, Fred Soper acentuou os obstáculos para a erradicação do mosquito, lembrando o fato de os EUA terem se recusado sistematicamente a participar da campanha continental de erradicação do *Aedes aegypti* (Soper, 1963).

A XIII Conferência, realizada em São Domingos em 1950, adotou resoluções sobre estatística, educação sanitária em áreas rurais, controle de diarreias infantis e erradicação da malária. A última resolução foi acompanhada pela prescrição de fundos especiais para o orçamento de 1955, destinados à intensificação das atividades antimaláricas.

Questões orçamentárias e político-administrativas dominaram a pauta da XIV Conferência, realizada em Santiago do Chile, em 1954. Aprovou-se o orçamento da Oficina e o projeto de programa e orçamento da região das Américas da OMS, assim como a renovação do mandato e da designação do mesmo diretor para a Oficina Sanitária Pan-Americana e para a Oficina Regional da OMS. Declarou-se, então, a erradicação da malária como meta prioritária. Quatro anos mais tarde, durante a XV Conferência Pan-Americana de Saúde, seria eleito o primeiro latino-americano para a direção-geral da entidade.

Não só a relação com a Organização Mundial da Saúde foi tema freqüente durante a gestão de Fred Soper na Organização Pan-Americana da Saúde. Também a criação da Organização dos Estados Americanos (OEA) resultou em intenso debate sobre o grau de autonomia desejável para a entidade dedicada à saúde. Em 1950, firmou-se acordo entre a OEA e a Opas que reconheceu formalmente a última como agência especializada de saúde do Sistema Interamericano.

No concernente ao ensino médico, durante o período ocorreram duas importantes reuniões sobre o papel das ciências sociais. O objetivo dessas reuniões era discutir sua importância no

processo de saúde, tendo como referência o ensino da medicina social. Os debates e sugestões que surgiram naqueles eventos tiveram influência importante nas propostas de reforma e na ênfase no papel das ciências sociais em saúde. A Opas, a partir da década de 1960, intensificaria suas ações para promover a reformulação de cursos de saúde pública e difundir abordagens críticas ao modelo de história natural da doença, propondo como alternativa a multicausalidade. Uma das principais iniciativas foi a realização de ampla pesquisa sobre educação médica na América Latina, coordenada pelo sociólogo Juan Cesar Garcia, com o apoio da Opas e da Fundação Milbank. Esse trabalho estimulou a criação de cursos de pós-graduação em medicina social, em diferentes países, e a revisão das abordagens predominantes nas instituições de saúde pública (Nunes, 1985).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas duas últimas décadas vem se consolidando na América Latina a área de estudos históricos sobre saúde. Promovendo um deslocamento em relação ao enfoque tradicional da história da medicina, que acentuava as descobertas e ações exemplares de alguns personagens, as novas abordagens enfatizam processos complexos e recorrem às perspectivas da história cultural e da história social na tentativa de compreender a saúde e a doença como aspectos cruciais da história das sociedades latino-americanas.

É forçoso reconhecer, entretanto, que ainda são incipientes os esforços para o estabelecimento de estudos comparativos entre as sociedades latino-americanas. Para o desenvolvimento desses trabalhos é pertinente observar a possibilidade de realização de pesquisas que considerem a interação de atores sociais que se destacaram no conhecimento médico e na formulação de políticas de saúde em fóruns internacionais que tinham como uma de suas finalidades o estabelecimento de uma agenda comum para a saúde da região. Ao se destacar as Conferências Sanitárias Pan-Americanas, podem-se obter novos ângulos para a análise das relações entre os países da América Latina e Caribe e os Estados Unidos da América do Norte.

Nos últimos anos, têm se intensificado os estudos sobre o papel de organismos internacionais como a Fundação Rockefeller. O fato de essa agência ter atuado entre as décadas de 1910 e 1930 em quase todos os países da América Latina, interferindo na organização de serviços e na educação médica e de outros profissionais da saúde, justifica plenamente o interesse dos pesquisadores. Como observa Diego Armus (2003), essa historiografia tem trazido contribuições importantes ao afastar visões maniqueístas e simplistas sobre a ingerência imperialista da Fundação Rockefeller.¹⁸

A abordagem histórica das relações internacionais no campo da saúde no que se refere a agências multilaterais tem recebido, entretanto, reduzida atenção. Aqui, pretendi contribuir

¹⁸ Entre as principais contribuições nessa perspectiva, ver Castro-Santos (1987 e 1989) e Cueto (1996).

para que se inclua o tema na agenda dos historiadores da saúde. A história da cooperação internacional, no caso da Opas, pode favorecer uma compreensão mais ampla e matizada sobre os complexos processos de resolução de controvérsias científicas e políticas que marcaram a própria formação da América Latina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionismo between 1821 and 1867. *Bulletin of History of Medicine*, XXII(5):562-593, 1948.
- ARMUS, D. La enfermidade em la historiografía de América Latina moderna. Texto apresentado ao VII Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, Angra dos Reis, RJ, 19 a 23 de outubro de 2003.
- BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*, 1996. Tese de Doutorado: Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.
- Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (Bosp)*, ano 7, 1, jan. 1928.
- BRAGA, E. *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984.
- BRIGGS A. Cholera and society in the Nineteenth century. *Past and Present*, 19:16-96, 1961.
- BUSTAMANTE, M. Cincuentenario del Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, 1922-1972. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 72(5):375-396, 1972.
- CAMPOS, A. L. V. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: CASTRO GOMES, A. de (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- CARRARA S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Harvard University.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. A Fundação Rockefeller e o Estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 6(1):105-110, jan.-jun. 1989.
- CHALHOUB, S. *Cidades Febris*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CUETO, M. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latino-americana, 1918-1940. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Organización Pan-Americana de Saúde, 1996a.
- CUETO, M. Introducion. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Organización Pan-Americana de Saúde, 1996b.
- DE SWAAN, A. *In Care of The State. Health Care, Education and Welfare in Europe in the Modern Era*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Trad. Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Pinto. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DUFFY, J. *The Sanitarians*. Urbana, Chicago: Board of Trustees of the University of Illinois, 1990.
- ELIAS, N. *O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.
- HOCHMAN, G. & OLIVEIRA, C. M. Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ebap/Fundação Getúlio Vargas.
- LATOURET, B. *Les Microbes: guerre et paix suivie de irrédutions*. Paris: Cameron, 1984. (Pandore)
- LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representações geográficas da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Revan, 1999.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Opas, Editora Fiocruz, 2002.
- LIMA, N. T. & BRITTO, N. Salud y nación: propuesta para el saneamiento rural: un estudio de la revista *Salud* (1918-1919). In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Organización Pan-Americana da Saúde, 1996.
- MACEDO, C. G. *Notas para uma História Recente da Saúde Pública na América Latina*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Representação no Brasil, 1977.
- MOLL, A. A. The Pan American Sanitary Bureau: its origin, development, and achievements – a review of inter-american cooperation in public health, medicine, and allied fields. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 19(12):1.219-1.234, 1940.
- MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives European of Sociology*, XXVI:58-89, 1985.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Historia de la Organización Pan-Americana de la Salud. Pro Salute Novi Mundi*. Washington, D.C.: Opas, 1992.
- NUNES, E. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: Opas, 1985.
- PAZ SOLDAN, C. E. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, ano 7, 1, jan. 1928.
- PORTER, R. *The Great Benefit of Humanity: a medical history of humanity*. New York, London: W.W. Norton & Company, 1998.
- REZENDE DE CARVALHO, M. A. & LIMA, N. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Abrasco, Relume Dumará, 1992.
- ROSANVALON, P. *L'État en France*. Paris: Seuil, 1990.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSEN, G. *História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, 1994.
- SALOMON-BAYET, C. *Pasteur et la Révolution Pastoriennne*. Paris: Payot, 1986.
- SANTOS, W. G. dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- STEPAN, N. *The Hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*. New York: New York University Press, 1991.
- VERONELLI, J. C. & TESTA, A. (Orgs.) *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Opas, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization: the first ten years*. Genève: World Health Organization, 1958.