Parte I – Prelúdio

E o Brasil continuava a ser um 'Imenso Hospital'

André Luiz Vieira de Campos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAMPOS, A. L. V. E o Brasil continuava a ser um 'Imenso Hospital'. In: *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 67-88. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-100-6. <https://doi.org/10.7476/9786557081006.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

E o Brasil Continuava a Ser um 'Imenso Hospital'

Apesar de a segurança nacional dos Estados Unidos estar no foco de preocupação dos estrategistas que planejaram o programa de saúde e saneamento, nem as notas diplomáticas trocadas em março nem o Acordo Básico assinado em julho de 1942 mencionavam ações de saneamento nas bases militares americanas no Brasil. Em documentos mais reservados, porém, eram enfatizados os objetivos militares do programa, como por exemplo em um memorando no qual Rockefeller informou ao presidente Roosevelt que o general Dunham esperava reunir-se com Vargas "para a aprovação final de vários projetos que são de tremenda importância para as nossas forças armadas estacionadas nos portos entre Belém e Recife".¹ Erb (1985) confirma que a segurança nacional estava no centro das preocupações dos estrategistas norte-americanos quando da assinatura do acordo de saneamento. Também Blumenthal (1968: 109) indicou que os programas sanitários conduzidos por Dunham no Brasil visavam "salvaguardar a saúde do pessoal militar americano estacionado entre Recife e Belém". Um objetivo militar determinou, portanto, as primeiras ações do Sesp: sanear as áreas que receberiam tropas americanas no Brasil e as regiões produtoras de matérias-primas estratégicas. A omissão do saneamento do entorno das bases militares nas notas diplomáticas e acordos estava relacionado à natureza confidencial do tema. A presença de bases americanas em território brasileiro foi uma questão controversa no país, especialmente em virtude do forte apelo nacionalista do regime Vargas e das simpatias, de parte do governo e das Forças Armadas, pela Alemanha nazista.

Negociando Bases Militares no Brasil

As negociações militares entre os governos brasileiro e americano iniciaram-se em 1940. Divergências políticas e militares, contudo, atrasaram um acordo final por dois anos. O ministro da Guerra manifestou-se a favor do pleito norte-americano, tendo em vista o reequipamento militar do Brasil; porém a reação do Exército e da Aeronáutica, que se opunham à entrada de tropas americanas no país, dificultou o compromisso. Os militares brasileiros afirmavam serem capazes de defender a costa do nordeste, se os modernos equipamentos de combate comprados pelo Brasil em 1940 fossem entregues pelos Estados Unidos. A questão das bases militares só foi solucionada depois da assinatura dos Acordos de Washington, em março de 1942, e do compromisso do governo americano de entregar os equipamentos militares aos brasileiros antes do final daquele ano (Conn & Fairchild, 1960).

Nacionalismo e soberania nacional eram questões voláteis, tratadas cuidadosamente durante as negociações. Alguns episódios são exemplares: a primeira tripulação americana que pousou em Belém, em junho de 1941, foi presa pelas autoridades locais, apesar de o governo brasileiro já ter anteriormente permitido que aeroplanos americanos pousassem no seu território (Carter, 1959). Um outro momento de tensão ocorreu quando da publicação, pela revista *Life*, em dezembro de 1941, de um artigo intitulado 'Bases aéreas no Brasil', em que se noticiava que aviões militares estavam transportando tropas para Natal e que a Panamerican Airways seria algo como "um braço não-oficial do governo norte-americano na América do Sul". Fotografias ilustravam legendas tais quais "um aeroplano sobrevoando um campo norte-americano da base norte-americana de Natal". Um mapa indicava os aeroportos e bases militares americanas na costa brasileira, do Amapá até Salvador.²

O chanceler Oswaldo Aranha protestou imediatamente junto ao embaixador norte-americano, informando que "não estava ciente" de que "o Brasil tivesse cedido qualquer parte do seu território ao governo de sua Excelência".³ Em contrapartida, o presidente Roosevelt recebeu um telegrama alarmante da embaixada no Rio de Janeiro:

Todas as cópias da *Life* disponíveis foram compradas no Rio de Janeiro por agentes do Eixo e distribuídas em quartéis do Exército e da Marinha do Brasil. Isso criou uma séria reação contra o governo e contra Aranha (...) e nos causou um sério retrocesso.⁴

Roosevelt teve que intervir, mandando seu secretário pessoal até o editor da revista para "amenizar o efeito negativo do artigo", que "é definitivamente pernicioso para as nossas relações com o Brasil".⁵ O incidente aconteceu poucos dias antes do início da Conferência de Ministros das Relações Exteriores no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, que abriu caminho para a oficialização da aliança militar brasileiro-americana.

Entretanto, mesmo antes da assinatura do acordo militar de 1942 o governo brasileiro autorizara diversos projetos em território nacional. Concordou que a Panamerican Airways construísse oito aeroportos nas costas norte e nordeste; permitiu que os americanos enviassem, de Natal, aviões e armamentos para os ingleses; assentiu que aviões civis norte-americanos utilizassem aeroportos brasileiros quando em trânsito; autorizou os navios da frota do Atlântico Sul a atracar nos portos de Recife e Salvador quando em missões de patrulha (Conn & Fairchild, 1960); e, finalmente, em julho de 1941, abonou a construção de oito bases militares no litoral brasileiro: uma no Amapá e outras nos arredores das cidades de Belém, São Luís, Fortaleza, Natal, Recife, Maceió e Salvador (West, 1963). Esta cadeia de bases e aeroportos tencionava o transporte de soldados e equipamentos dos Estados Unidos para a África e o Oriente Médio, através da rota do Atlântico Sul. Ainda em 1941, os dois governos assinaram o Acordo de Planejamento Conjunto Brasileiro-Americano e prepararam um plano de defesa, oficializado com o acordo militar de 1942 (Conn & Fairchild, 1960). Neste sentido, uma das primeiras tarefas do Sesp foi a de auxiliar na criação de 'enclaves sanitários' para proteger as tropas norte-americanas aqui instaladas. Para isto, foi realizado um levantamento nosológico do nordeste do Brasil.

Conhecer para Proteger: relatórios médicos e nosologia do Nordeste brasileiro

Com a assinatura do Acordo de Planejamento Conjunto Brasileiro-Americano, o exército dos Estados Unidos elaborou uma pesquisa sobre as condições nosológicas do Nordeste, objetivando identificar as doenças que pudessem ameaçar suas tropas. O inquérito foi coordenado pelo general e médico-sanitarista George G. Dunham, o estrategista do programa de saúde e saneamento do Escritório, e apresentado ao Departamento de Guerra dos Estados Unidos em 1941. No entanto, mesmo antes das negociações

oficiais os americanos levantavam informações sanitárias sobre o Brasil. Em julho de 1940, o navio *Passage to Boston* atracou nos portos de Belém, Santos e Porto Alegre, enquanto seu oficial médico elaborava relatório para a marinha americana. Encaminhado ao Departamento de Guerra, o relatório objetivava identificar doenças contagiosas, além de coletar informações sobre serviços de água e esgoto, abastecimento de gêneros, legislação sanitária, hospitais e centros médicos existentes nas cidades.⁶ O fato de este navio ter ido até o sul do país é indício da preocupação do governo americano com uma possível ameaça nazista naquela região, onde havia população de origem alemã e italiana, além de fronteiras com a Argentina, cujo governo era suspeito de nutrir simpatia pelo nazismo.

No ano de 1941, três relatórios médicos foram realizados. Um deles, menos detalhado, elaborado pelo Escritório do Cirurgião Geral dos Estados Unidos, órgão equivalente ao nosso Ministério da Saúde, consistia em uma descrição geral das condições de saúde no Brasil.⁷ Outro relatório foi elaborado por George Dunham e focava a sua atenção nos estados do Nordeste, descrevendo as principais doenças, serviços de saúde e saneamento, além da produção e distribuição de alimentos.⁸ O terceiro e mais extenso dos relatórios, que incluiu o Pará e o Amazonas, foi preparado pela Comissão Mista de Inquérito Sanitário, formada por médicos militares brasileiros e americanos para "estudar os aspectos do clima, recursos médicos, alimentação do povo, condições hospitalares e geografia local e como isto afeta a saúde e a doença, tudo em vista da mobilização dos recursos locais e da concentração das tropas".⁹ Seu objetivo era identificar as condições de higiene, zonas de doenças endêmicas e epidêmicas, equipamentos de água e esgoto, vetores de doenças, meios de transporte e hospitalização de enfermos tendo em vista o aquartelamento de soldados. Os componentes da comissão percorreram 21 mil quilômetros entre o Norte e o Nordeste, valendo-se dos mais variados meios de transporte, concluindo o trabalho de campo em "três meses e dezesseis dias".¹⁰ Uma tarefa extraordinariamente bem-sucedida, considerando-se o tamanho do Brasil e as condições de transporte daquele tempo. Resultado de um objetivo militar pontual – informar ao exército americano as condições nosológicas da região e prover informações que orientassem medidas sanitárias preventivas para suas tropas –, os relatórios decorrentes do trabalho da comissão, tomados em conjunto, descrevem um quadro dramático das condições sanitárias do Nordeste brasileiro no início da década de 1940, sugerindo que o Brasil continuava a ser 'um grande hospital'.

George Dunham estabeleceu uma hierarquia dentre as doenças potencialmente ameaçadoras para as tropas norte-americanas no Brasil. Ele indicou a malária, as disenterias, a febre tifóide e as doenças venéreas como as mais severas ameaças à saúde dos soldados. Ao proceder a esta seleção, Dunham confirmava um quadro típico de guerra, pois tais patologias estavam entre as que, historicamente, sempre causaram grandes baixas em campanhas militares. Para aquelas doenças, propôs-se um conjunto de medidas preventivas; outras, que os relatórios também registraram, mas que Dunham considerou doenças de "menor importância", não foram objeto de quaisquer ações preventivas. Entre estas, achavam-se algumas das enfermidades mais devastadoras para a população civil: esquistossomose, ancilostomose, peste bubônica, lepra, tracoma, boubas, varíola, tuberculose, doenças do aparelho respiratório, além das doenças nutricionais e de um alto índice de mortalidade infantil. Quanto ao então principal problema de saúde pública no Brasil, a tuberculose, Dunham observou que, apesar de ser esta doença muito disseminada entre a população civil, ela não seria problema para seus soldados.¹¹

No grupo das doenças entéricas, a febre tifóide, a disenteria amebiana e a bacilar eram as maiores ameaças sanitárias para as tropas, devido às precárias condições de fornecimento de água, esgoto e processamento de alimentos.¹² A febre tifóide, uma infecção adquirida no contato com água ou alimentos contaminados, provoca profunda fraqueza e seu índice de letalidade pode chegar a 10% (LeBaron & Taylor, 1993). Na década de 1940, essa doença era endêmica no Brasil, onde mesmo no Rio de Janeiro e São Paulo "epidemias esporádicas ocorriam".¹³ Freitas Filho (1956: 25) classificou seu índice de mortalidade entre 1940 e 1954 como "muito alto ou alto" em 20 capitais brasileiras, apesar de detectar uma tendência de declínio em 18 capitais.

Os relatórios militares informavam que a febre tifóide ocorria "de forma esporádica e endêmica", sendo a alimentação um importante fator de transmissão.¹⁴ Em 1943, o Departamento de Saúde do Ceará alertava que a febre tifóide estava em expansão no estado.¹⁵ Em junho daquele ano uma epidemia irrompeu em Fortaleza e nas pequenas cidades ao longo da rota dos migrantes para a Amazônia.¹⁶ A febre tifóide e a sua variante, a febre paratífóide, estavam em segundo lugar no grupo das doenças contagiosas tratadas nos centros de saúde do Ceará em 1943, perdendo apenas para a tuberculose.¹⁷ No ano seguinte, uma epidemia de febre tifóide

devastou o Recife, provocando uma "ansiedade generalizada na população". Como medida preventiva, o comando da marinha americana na cidade imediatamente ordenou "o reforço da vacinação contra tifoide" e proibiu "o consumo de vegetais crus".¹⁸

Ainda sobre as doenças entéricas, os relatórios médicos mostravam que a disenteria amebiana era "comum em qualquer canto do país e constituía uma ameaça para os estrangeiros".¹⁹ A amebíase, que é uma infecção intestinal transmitida por alimentos ou água contaminada (Patterson, 1993), estava presente em todo o Nordeste, onde alguns médicos brasileiros "estimavam que 25% da população eram portadores dessa infecção".²⁰ As péssimas condições sanitárias nas 20 capitais brasileiras eram responsáveis por uma taxa de mortalidade, provocada por disenterias, muito alta entre 1940 e 1954, apesar de Freitas Filho (1956: 39) identificar um declínio dessas taxas em nove capitais, naquele período. Quando a Comissão Mista de Inquérito Sanitário visitou Natal, detectou "um intenso surto de disenteria amebiana numa cidade já duramente atacada" pela doença.²¹

As doenças sexualmente transmissíveis eram uma grande fonte de preocupação do Departamento de Guerra norte-americano em relação às suas tropas no Brasil. Um panfleto advertia os soldados para "a alta incidência de doenças venéreas, *que é praticamente universal entre a população nativa das Américas Central, do Sul e do Caribe*".²² Os médicos americanos afirmavam que estas doenças eram "muito comuns" em todo o Brasil, e consideravam "negligentes" as ações públicas de controle. A uma avaliação do tipo, um médico americano acrescentou que as "doenças venéreas não eram olhadas com grande preocupação pela população", em contraste com a percepção sobre a tuberculose, "definitivamente um estigma social".²³ Outro norte-americano classificou a ocorrência de doenças venéreas nos portos brasileiros como "calamidade nacional". Segundo este observador, "numa viagem de 105 dias pelos portos da costa leste da América do Sul, 90 dias de trabalho foram perdidos por causa de doenças venéreas".²⁴ Dunham classificou como "alta" a incidência de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste, complementando que os esforços oficiais contra a propagação das patologias eram muito limitados, e que havia "muito pouco controle policial sobre a prostituição".²⁵ Tal avaliação, por mais que tivesse fundamento, refletia também a percepção dos norte-americanos sobre a dita liberalidade sexual dos latinos.

Como pudemos observar, os relatórios não contêm números, porcentagens ou dados concretos, mas sim uma percepção subjetiva: "alta", "muito

alta", "muito prevalente", "calamidade nacional" e "extremamente difundidas" são algumas das expressões encontradas no discurso dos médicos. Sobre Recife, por exemplo, Dunham escreveu que "a incidência de doenças venéreas não é conhecida mas é muito alta".²⁶

Depois da chegada dos norte-americanos ao Nordeste, a preocupação com o tema doenças venéreas aumentou, sendo o caso do Recife um bom exemplo. Quando Dunham passou pela cidade, em 1941, assinalou que a sífilis era "muito prevalecente"; três anos depois, o Observador Naval Militar no Recife afirmava estar a prostituição "crescendo como nunca devido ao fluxo de norte-americanos e à grande quantidade de dinheiro que circula" pela cidade. De fato, houve um forte aumento no percentual de casos de doenças sexualmente transmissíveis no Hospital da Marinha Americana no Recife. O hospital, "o maior centro médico da Marinha na América do Sul" na época, estava com 45% dos seus leitos ocupados com casos de doenças venéreas em 1943. Talvez pressionadas por estes dados, as autoridades do Recife iniciaram um programa de controle, "inspirado no padrão norte-americano".²⁷

Também em Natal e Teresina os americanos encontravam "altos índices" de doenças venéreas. Em Natal – onde o número de soldados americanos era bem maior do que nas outras cidades do Nordeste – Dunham observou serem essas doenças "extremamente difundidas". Ele também registrou "um grande número de prostitutas" na cidade, e lamentou que "nenhuma medida de controle" fosse exercida pelas autoridades locais. O Observador Naval norte-americano – aparentemente sem nenhuma estatística – avaliou, em 1943, que 60% da população de Natal tinha sífilis, porém reconheceu que "algumas medidas de controle" estavam sendo tomadas nos centros de saúde da cidade.²⁸ Na Parnaíba, estado do Piauí, as doenças sexualmente transmissíveis estavam em primeiro lugar na lista de casos tratados pelo centro de saúde da cidade em 1941, representando 37% do total, com a malária vindo em segundo lugar com 27% dos registros médicos.²⁹

Embora Dunham tenha considerado a malária, as doenças entéricas e as venéreas como as principais ameaças à saúde de seus soldados, ele também registrou outras patologias com "especial consideração". Uma das mais importantes foi a peste bubônica, que no início da década de 1940 teve surtos registrados na Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Equador, Peru, Venezuela e Estados Unidos.³⁰ Esta doença infecciosa, que tem seu reservatório em roedores, é altamente letal e pode matar 60% das vítimas

em uma semana (Gottfried, 1983; Carmichael, 1993). O DNS reconhecia ser a peste um grave problema sanitário no Brasil, e as autoridades sanitárias americanas afirmavam ser esta doença recorrente em 16 dos 21 estados e territórios brasileiros. Seu foco mais importante estava no interior do Nordeste; porém, havia um foco menor em São Paulo, o que incluía a capital. Dunham avaliou que a peste poderia ameaçar as tropas americanas porque Recife, Maceió e João Pessoa eram focos de "ratos infectados".³¹ Os focos de bubônica no Nordeste estavam nos estados de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, "onde a infecção era endêmica e esporadicamente atingia humanos".³² A Comissão Mista de Inquérito Sanitário encontrou em vários municípios de Alagoas uma "alta incidência de peste" e registrou que, em Pernambuco, epidemias "ocorriam anualmente" sendo responsáveis por óbitos a menos de 50 km da capital. Na Paraíba, entre 1939 e 1941, casos de peste foram registrados em quase todos os municípios ao redor da cidade de Campina Grande. Na Bahia era muito difundida "em todo interior, exceto na margem esquerda do rio São Francisco", e também no Ceará, onde, entre 1935 e 1941, registraram-se casos em diversos municípios, incluindo a capital.³³ Em 1936, o governo brasileiro iniciou uma campanha contra a peste bubônica, e em 1941 a segunda reforma Capanema criou o Serviço Nacional da Peste, responsável, segundo Barreto (1942), pela queda do número de casos a partir de então.

Outra patologia que mereceu especial consideração dos relatórios médicos foi a febre amarela, doença que, na sua versão urbana, declinara rapidamente nas Américas no século XX, graças às campanhas de erradicação do seu vetor (Cooper & Kiple, 1993). Na década de 1930, entretanto, identificou-se uma forma até então desconhecida de febre amarela, batizada de febre amarela silvestre (Acherknecht, 1965). Sendo na verdade a mesma doença, a febre amarela urbana se diferencia de sua versão silvestre pelas formas de infecção e de transmissão. Havia muita dúvida sobre a febre amarela silvestre no início da década de 1940. Pesquisadores descobriram que a doença era encontrada em macacos da floresta tropical sul-americana e podia ser transmitida por outros mosquitos além do *Aedes aegypti* (Cooper & Kiple, 1993).

A versão urbana da febre amarela, porém, não foi considerada pelos americanos uma ameaça para suas tropas no Brasil. O DNS havia declarado estar a febre amarela "completamente erradicada na sua versão urbana e sob severo controle na sua versão silvestre" graças ao trabalho do Serviço Nacional de Febre Amarela (Barreto, 1942: 195). O Cirurgião Geral dos

Estados Unidos compartilhava desta opinião, considerando as medidas de controle brasileiras "excelentes".³⁴ Só que, entre 1935 e 1941, foram registrados 801 casos de febre amarela silvestre, sendo que apenas em 1938 o DNS registrou 263 casos. Em 1941, o número de casos caiu para 19 (Barreto, 1942). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário registrou que casos de febre amarela silvestre apareceram "nos últimos anos" em Ilhéus, e que a doença era encontrada periodicamente no Pará.³⁵

O DNS considerava a tuberculose, na década de 1940, o maior problema de saúde do Brasil, devido a sua grande difusão e suas altas taxas de mortalidade (Barreto, 1942). Esta doença infecciosa, transmitida por um bacilo veiculado pelo ar, tem como componentes importantes na sua etiologia as péssimas condições de moradia, trabalho e alimentação (Johnston, 1993). Por causa das condições socioeconômicas requeridas para a sua transmissão, os relatórios militares não a consideraram uma ameaça para "os seletos estrangeiros" que entrariam no Brasil, sendo que Dunham avaliou que a tuberculose "não seria perigosa para a saúde das tropas americanas".³⁶ Apesar de a doença ter se tornado um grave problema em todos os países latino-americanos, as políticas antituberculose do Iaia foram estritamente pontuais. No Chile e na Bolívia, onde a tuberculose entre mineiros era um obstáculo à produção, o programa do Iaia preconizou a construção de hospitais e sanatórios. No Brasil, a patologia não mereceu atenção especial do Iaia, sendo o programa do Sesp limitado ao treinamento de médicos.³⁷

A política quanto à tuberculose é muito reveladora do objetivo estritamente militar dos inquéritos, pois a doença, como o próprio Dunham reconheceu, era "muito disseminada" entre a população pobre do país.³⁸ A tuberculose ocupou o primeiro ou o segundo lugar nas taxas de mortalidade de 17 capitais do país em 1946 e 1947, sendo a primeira causa de morte entre a população adulta de Salvador, Aracaju e Belém no ano de 1941 (Freitas Filho, 1956). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário reconheceu que a doença era "a grande peste de Pernambuco", onde, entre 1938 e 1943, fora responsável pela maior taxa de mortalidade no Recife, deixando a *influenza* bem abaixo como a segunda causa de morte entre adultos.³⁹ A partir de 1935, já sob a administração Capanema, o Ministério da Educação e Saúde Pública lançou uma campanha antituberculose, e o número de casos declinou entre 1940 e 1954. Mesmo assim, no início da década de 1940 a tuberculose ainda era a principal causa de morte em praticamente todas as capitais brasileiras (Barreto, 1942; Freitas Filho, 1956).

Outras doenças transmissíveis identificadas no Nordeste foram varíola, tracoma, boubá e lepra, que, apesar de bastante disseminadas na população local, também não foram consideradas ameaças para os norte-americanos. Erradicada do planeta em 1979, a varíola estava presente, na década de 1940, em diversos países das Américas, tais como: Bolívia, Brasil, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, México, Nicarágua, Peru e Estados Unidos.⁴⁰ O Cirurgião Geral dos Estados Unidos manifestou preocupação com a varíola no Brasil, considerando que a vacinação, apesar de obrigatória, "não era efetivamente supervisionada, especialmente fora dos centros urbanos". Todavia, o diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaiá avaliou que, apesar da varíola e de sua versão mais branda, o alastrim, existirem esporadicamente no Nordeste, isto "não seria uma ameaça para as tropas vacinadas".⁴¹

Outra doença bastante disseminada entre as populações pobres do nordeste era o tracoma, uma infecção que pode levar à cegueira. Nos países desenvolvidos, as boas condições de vida e higiene levaram ao desaparecimento desta doença, que persiste em assolar os países pobres (Karasch, 1993). Na década de 1940, o tracoma era mais comum no Ceará e em São Paulo, sendo que a Comissão Mista de Inquérito Sanitário identificou Crato, no Ceará, como "um dos principais focos no Brasil". Havia uma "grande incidência" de tracoma no nordeste da Bahia, onde o governo havia criado quatro postos de tratamento. Em Alagoas, a doença aparecia mais no interior, e uns poucos casos surgiram nos subúrbios da capital.⁴²

A boubá também era descrita nos relatórios militares como "bastante disseminada" no Nordeste. Trata-se de uma doença bastante contagiosa, confundida com a sífilis naquela época, quando atacava especialmente populações pobres sem acesso à higiene (Brothwell, 1993). Dunham relatou a boubá em algumas regiões de Alagoas, afirmando que na capital não foram identificados casos. A Comissão Mista de Inquérito Sanitário considerou a Paraíba o maior foco de boubá no Nordeste, mas também encontrou "muitos casos" no Ceará, no Maranhão e em várias localidades do vale amazônico, com epidemias periódicas no Pará. Dunham, mesmo reconhecendo que a doença "era muito difundida em certas regiões do Nordeste", concluiu que havia "muito pouco perigo de que a infecção pudesse ser transmitida para as tropas americanas".⁴³

A lepra, hoje nomeada hanseníase, foi diagnosticada pela Comissão Mista de Inquérito Sanitário como um grave problema de saúde na região amazônica. Causada por um bacilo e associada à extrema pobreza

e péssimas condições sanitárias, a doença é uma infecção crônica e debilitante (Carmichael, 1993). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário considerou a lepra uma “calamidade pública” no estado do Pará, em cuja capital encontrava-se o foco principal no estado. Também no Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia a situação era bastante ruim, com muitos focos espalhados pelo interior.⁴³ A doença era, desde a década de 1920, objeto de uma legislação que estabeleceu políticas compulsórias de isolamento. Apenas depois de 1935 estas medidas começaram a ter algumas eficácia em âmbito nacional. Em 1941, com a segunda reforma Capanema, foi criado o Serviço Nacional da Lepra (Cunha, 2005).

As doenças respiratórias comuns ofereciam aos soldados norte-americanos no Brasil “o mesmo perigo à saúde que oferecem nos Estados Unidos”.⁴⁵ Contudo, um risco de surto de gripe provocava tensão entre o pessoal militar, provavelmente em virtude da memória da grande pandemia de 1918. No final do ano de 1943, o observador naval americano em Natal registrou que existia “apreensão entre os oficiais de diversas unidades americanas”, em virtude de “inquietantes relatórios dando conta de um surto de *influenza* vindo dos Estados Unidos, Inglaterra e de outros países, ao lado de numerosos casos diagnosticados na base militar brasileira de Natal”.⁴⁶ O governo brasileiro atribuiu este surto à movimentação de tropas americanas no Nordeste.⁴⁷ Ainda que possa ser verdadeira a justificativa, em virtude do elevado trânsito de soldados, oriundos de diversas partes do mundo, pelo nordeste brasileiro, nada obscurece o fato de a *influenza* ter sido, entre 1938 e 1942, a segunda causa de mortes em adultos na cidade de Recife, perdendo apenas para a tuberculose.⁴⁸

Outras doenças freqüentes entre a população, que não chegavam a constituir um problema para as tropas estrangeiras, eram as provocadas por parasitas intestinais. A mais comum delas, a ancilostomíase, era uma patologia que florescia em meio à pobreza e à desinformação, pois era perfeitamente evitável com saneamento básico e melhores condições de vida e educação (Etting, 1993). O observador naval americano em Recife indicou ser a ancilostomíase a mais presente das doenças intestinais naquela cidade, acrescentando ser a doença “muito comum entre as populações pobres que, quase universalmente, andam descalças”.⁴⁹ Na Paraíba, a Comissão Mista de Inquérito Sanitário encontrou a ancilostomíase em quase todas as municipalidades.⁵⁰ Bastante assídua também era a esquistossomose, particularmente disseminada no Ceará, Sergipe e Alagoas.⁵¹ Além dos males citados, muito comuns eram as doenças

nutricionais e a mortalidade infantil.⁵² Josué de Castro, ao estudar os aspectos sociológicos da fome no Nordeste, diagnosticou que “a fome mata como uma doença”, classificando-a como a mais séria e generalizada das doenças de massa nas regiões subdesenvolvidas porque abria caminho para outras patologias (Castro, 1969: 26). No Recife, o observador naval americano registrou que a dieta precária da média da população fazia das doenças nutricionais um grave problema de saúde pública, sendo que apenas no ano de 1942, naquela capital, 87 mortes foram diagnosticadas como decorrentes de subnutrição.⁵³ A Comissão Mista de Inquérito Sanitário registrou que a mortalidade infantil era “absurdamente alta” no Ceará e que, no Pará, a taxa de 20% de mortalidade infantil era decorrente “das pobres condições econômicas e má nutrição” da população.⁵⁴

Dentre todas as patologias registradas nos relatórios, os estrategistas militares foram unânimes em apontar a malária como o principal perigo para os norte-americanos no Brasil.⁵⁵ Esta avaliação era compartilhada pelo Departamento de Guerra e pela Marinha dos Estados Unidos, que iam além, considerando a malária a maior ameaça sanitária às tropas americanas no exterior.⁵⁶ O Departamento de Guerra alertava ser a malária endêmica em todas as regiões tropicais da América Central e do Sul, principalmente no Brasil, Guianas, Venezuela, Colômbia e noroeste da Argentina.⁵⁷ O Cirurgião Geral dos Estados Unidos diagnosticou que a malária era encontrada em todo o Brasil e “será o maior problema de saúde para os estrangeiros que vão entrar em quaisquer das vitais áreas” deste país. Dunham reportou que “a malária prevalecia não apenas no litoral do Nordeste, mas também no interior, onde existissem condições favoráveis à reprodução dos seus vetores”.⁵⁸

Nenhuma medida de controle sistemático da malária havia sido instituída no Brasil antes do final da década de 1930. Na República Velha, apenas em ocasiões de epidemias a União acionava uma campanha, desativada assim que se debelasse o surto. Entre 1931 e 1932, a maior ação antimalárica do governo federal foi a primeira campanha contra o *Anopheles gambiae*, no Rio Grande do Norte. Em 1933, em Minas Gerais, foi fundado o Centro de Estudos e Profilaxia da Malária, responsável por um plano de ação executado principalmente no sul do estado. São Paulo continuava um caso à parte, com seu Serviço de Profilaxia da Malária com vasta atuação em todo o território do estado, além de tradição científica e administrativa. Em 1936, foi organizado, ainda em moldes modestos, um

serviço de combate à malária na Estrada de Ferro Central do Brasil. Entre 1938 e 1940 o Serviço de Malária do Nordeste, em parceria com a Fundação Rockefeller, encarregou-se da erradicação do vetor *Anopheles gambiae* nos estados do Rio Grande do Norte e do Ceará. No mesmo período, a União atuou em vários estados brasileiros do Norte, Nordeste e Sul, sobretudo nas capitais. Em 1940, o governo federal organizou o Serviço de Malária na Baixada Fluminense, que foi extinto com a criação do Serviço Nacional de Malária em 1941, ano em que a ação do governo federal estendeu-se a quase todos os estados brasileiros (Barreto, 1942).⁵⁹ Freitas Filho considera que, devido a esses esforços, os casos foram reduzidos em todas as capitais brasileiras entre 1940 e 1954, apesar de o autor reconhecer que a mortalidade decorrente de malária era ainda “alta ou muito alta” em 12 capitais naquele período. Destaca-se, neste índice, a cidade de Manaus, onde, entre 1940 e 1947, a doença figurou em primeiro lugar entre as causas de mortalidade (Freitas Filho, 1956: 55-56, 48).

Os relatórios médico-militares identificaram malária endêmica, além de surtos da doença, em várias partes do Nordeste. O estado da Bahia sofria epidemias periódicas, incluindo a capital, Salvador, onde a doença foi a terceira causa de mortalidade no ano de 1940. Em Sergipe, a malária era endêmica no interior e manifestava-se com epidemias nos principais vales. Aracaju foi classificada pelo Serviço Nacional de Malária como tendo um “nível de endemicidade médio”. Entretanto, naquela capital “o distrito da cidade mais afetado pela malária” era exatamente onde estavam localizados os acampamentos militares, sendo, portanto, objeto de maior atenção. Em Alagoas, a malária situava-se principalmente na região costeira e no vale do São Francisco; em Maceió, a doença foi “identificada em todos os distritos”. Na Paraíba, a doença era endêmica, “com epidemias eventuais” inclusive na capital, João Pessoa. No Ceará, a malária era endêmica no interior, porém os casos identificados na capital foram considerados “importados”. No estado do Piauí, a situação foi avaliada como “muito pior”, com a doença identificada tanto no interior quanto na capital, onde existiam “focos endêmicos nos subúrbios”. No Maranhão, julgou-se a doença “a mais importante do estado”, mormente por ter sido responsável pela mais alta taxa de mortalidade no ano de 1940. Os médicos militares avaliaram ser o Maranhão um dos estados onde a malária era mais difundida no país, sendo São Luís o seu “foco ativo”.⁶⁰

Em seu relatório, George Dunham não hesitou em recomendar medidas emergenciais para o combate à malária, como a distribuição de atebri-
na

e a aspersão de produtos químicos sobre superfícies de águas estagnadas, além de políticas de controle de longa duração, a serem realizadas ao redor das bases militares. Sugeriu, para isso, a colaboração de agências brasileiras de saúde pública, considerando que as espécies de anofelinos do Nordeste não haviam sido totalmente identificados.⁶¹ Essas políticas, vitais para os planos militares norte-americanos no nordeste brasileiro, foram realizadas por um conjunto de agências, entre as quais se destaca o Sesp.

No contexto dos acordos que levaram ao estabelecimento de bases americanas no nordeste brasileiro, foram elaborados diversos relatórios médicos sobre as condições nosológicas daquela região. Os relatórios transcenderam o objetivo militar de identificar as ameaças sanitárias às tropas americanas, oferecendo informações para a execução de políticas preventivas, e acabaram por revelar um quadro nosológico extremamente grave. Produzidos em 1941 por militares americanos e brasileiros, estes relatos nos evocam a expedição pelo interior liderada pelos sanitaristas Belisário Penna e Arthur Neiva, em 1912. Em conjunto, eles expuseram as degradantes condições sanitárias das populações brasileiras, que os relatórios de 1941 vieram confirmar: o quadro sanitário brasileiro continuava dramático, e praticamente não se modificara, desde que o movimento sanitaria denunciou "os males do sertão" e Miguel Couto cunhou a famosa frase: "o Brasil é um imenso hospital". O relatório Penna-Neiva, resultante da expedição de 1912, foi produzido a partir de observação realizada em um bom número de municípios no interior dos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, sendo os seus resultados publicados pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1916. Entre as doenças mais frequentes encontradas em 1912, estariam muitas daquelas descritas pelos médicos militares em 1941: ancilostomíase, tracoma, sífilis e outras doenças venéreas, febre amarela, esquistossomose, infecções intestinais e malária (Penna & Neiva, 1916; Sá, 1999).

Apesar de os relatos dos médicos militares em 1941, e o próprio relatório Penna-Neiva em 1912 identificarem condições sanitárias similares no Nordeste, eles diferenciavam-se nas suas abordagens. Os autores do relatório publicado pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1916 realizaram uma leitura social no seu trabalho, associando doença à pobreza, revelando a existência dos bolsões de miséria do sertão, e foram particularmente críticos das oligarquias e do jugo "quase feudal" que exerciam. Também foram críticos na avaliação do papel do governo federal, considerado

responsável pelo “abandono” daquelas populações. Em suas conclusões, Penna e Neiva não pouparam a “desumanidade e hipocrisia” do sistema republicano, considerado “omisso nas obras” mas não no “escorchar dos impostos”. Denunciaram, como “insuficiente e má”, a alimentação da maioria da população brasileira e perguntaram: “como se alimentar convenientemente se o salário é desprezível?” (Neiva & Penna, 1984: 164-165). Clamaram, para reverter aquele quadro, por uma mobilização nacionalista em prol do país e a intervenção do Estado na saúde pública, numa verdadeira cruzada de salvação nacional (Hochman & Lima, 1996).

Em contraste, os médicos militares que conduziram as pesquisas sanitárias em 1941 não estavam preocupados com problemas sociais. Dunham reconheceu que “a pobreza das camadas mais baixas da população” era responsável pela alta incidência das doenças que encontrou mas, em geral, não encontramos, naqueles textos, nenhum comentário mais contundente que este.⁶² O relatório da Comissão Mista chegava a adquirir, inclusive, um tom bastante telúrico, ao procurar “no clima e na geografia local” as condições que explicassem as doenças recorrentes na região. Em suma, os relatórios daqueles médicos tinham um objetivo pontual: descrevem as doenças encontradas no Nordeste, preocupados apenas com as patologias que pudessem ameaçar as tropas, e sugerem medidas de proteção aos soldados. Em geral, as populações do Nordeste não se beneficiaram dessas medidas, a não ser que, como no caso do controle da malária, vivessem em regiões próximas às bases militares e pudessem servir de agentes de infecção para os soldados.

Por fim, duas questões. Primeiro, é importante lembrar que esses relatórios, apesar de terem sido produto de um trabalho de campo, revelam um quadro impressionista sobre a situação nosológica do Nordeste. Dunham, por exemplo, visitou departamentos de saúde, hospitais e centros de saúde, entrando em contato com autoridades sanitárias, médicos e funcionários dos estados do Nordeste. Podemos supor que generosa parte de seu trabalho tenha sido concretizada com base no que ouviu e, naturalmente, do que observou e leu. A inexistência de estatísticas epidemiológicas confiáveis é um fato constantemente assinalado em documentos daquele período e, portanto, as avaliações, quando compreendem números e percentagens, são sempre estimativas. Afinal, diante de estatísticas precárias ou inexistentes, os relatórios expressavam a avaliação dos médicos e administradores de saúde brasileiros e americanos, obtida a partir de suas

experiências clínicas e dos dados dos doentes hospitalizados. Ou seja, a partir do contato com aquela realidade. Assim, é bastante freqüente encontrarmos, nos relatórios, expressões como: “estima-se que”, “é bastante possível”, “provavelmente ocorre”, “é consenso geral”, “acredita-se que”, além de outras similares, na avaliação da ocorrência de doenças no país. Em relação à ocorrência de disenteria amebiana em Maceió, por exemplo, Dunham afirmou que

sua incidência é muito alta e um número de casos foi observado nos hospitais locais. O consenso geral entre os médicos brasileiros (...) é que existem muitos portadores entre a população. Acredita-se que o alimento é o principal agente de transmissão, porém em Maceió, a água pode também representar um importante papel na transmissão.

Quando avaliou a disenteria bacilar no Nordeste, Dunham escreveu: “provavelmente ocorre com maior freqüência do que tem sido diagnosticada”.⁶³

A segunda observação é uma interrogação: até que ponto estes relatórios não refletem a imagem do “país doente” difundida desde o movimento sanitaria, na década de 1910, que definiu o Brasil como um “imenso hospital”? Sabemos que o discurso dos sanitaristas da Primeira República circulou e interagiu a tal ponto com outros discursos que a noção de doença passou a ser, inclusive, uma categoria social a partir da qual se tentava compreender o Brasil (Lima, 1998). Ou seja, o que queremos apontar é que temos que considerar que estes documentos são relatórios oficiais, produzidos por médicos militares norte-americanos, que já chegavam ao Brasil com algumas premissas. Além disto, os relatórios tinham um objetivo definido *a priori*: selecionar, enfatizar, explicar e convencer sua (seleta) audiência a agir numa determinada direção. Sem negar a dramaticidade do quadro descrito pelos relatos, é desta maneira que devemos interpretá-los.

Notas

- ¹ Rockefeller to Roosevelt, April 16, 1942, FDR Library, Official File for Coordinator of Inter-American Affairs, 1942-45 (OF4512), Box 2.
- ² “Air Bases in Brazil”, *Life*, December 15, 1941, p. 94-95.
- ³ A carta de Oswaldo Aranha está transcrita em: telegram from Jefferson Caffery to the Secretary of State, January 2, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.
- ⁴ Telegram from Roosevelt to Early, January 7, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.

- ⁵ Memorandum from Roosevelt to Early, January 5, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.
- ⁶ Macklin, M. T. "Special Medical Reports on the Ports of Pará, Santos, and Rio Grande do Sul, Brazil, Visited by this vessel on Shakedown Cruise", 20 July, 1940, p. 4, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁷ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ⁸ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁹ Dutra, E. G. "Reserved Note n. 173-150, April 9, 1941", In: Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ¹⁰ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 1-39, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ¹¹ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ¹² Na década de 1940, as estatísticas brasileiras não diferenciavam os vários tipos de disenteria, e os relatórios militares não têm dados em separado para a disenteria bacilar. Dunham acreditava que esta doença provavelmente ocorria com muita frequência, porém não era diagnosticada. Cf. Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ¹³ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ¹⁴ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, 40, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ¹⁵ "Summary of Extract", April 3, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ¹⁶ Burton, C. D. "Possible Sources of Typhoid at Fortaleza", June 18, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

- ¹⁷ "Summary of Extract", September 26, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ¹⁸ "Vital Statistic on City of Recife. Reported Diseases and deaths therefrom weeks ending January 1 through February 19, 1944. Outbreak of typhoid", U.S. Naval Observer, March 27, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ¹⁹ Whayne, T. E. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ²⁰ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 2, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. O grifo é do autor.
- ²¹ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 44, 76, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ²² Uglio, J. A. "Health Precautions for Central and South America and Caribbean Area", War Department Pamphlet n.8-2. Washington, D. C.: GPO, 1943, p. 14. O grifo é do autor. O laia criou um intensivo programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis na América Latina, que incluía ações ao longo da fronteira com o México, na zona do Canal de Panamá e em todos os seus programas bilaterais, incluindo o Sesp. Cf. Institute of Inter-American Affairs, "Outline of Activities Relating to Venereal Disease Control in the Latin American Republics", attached to memorandum from Clark H. Yeager to Howard W. Ennes Jr., July 28, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central File, p. 1, Basic Economic, Health and Sanitation Division, Box 79.
- ²³ Whayne, T. E. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 7, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ²⁴ District Intelligence Office, Commerce and Travel Section, Third Naval District, "Venereal Diseases in Brazil", September 29, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ²⁵ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ²⁶ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 16, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ²⁷ U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 3, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ²⁸ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 30, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; "Medical and Sanitary Survey of

- Natal, Rio Grande do Norte, as prepared by medical officer attached to 18th Provisional Marine Company", p. 10, U.S. Naval Attaché, Brazil, Rio de Janeiro, June 3, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ²⁹ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 153, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
 - ³⁰ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; "Latin American Diseases", p. 1-2, May 6, 1942, Source: 1940-41 Annual Report of Dr. Hugh Cumming, Director of Pan American Sanitary Bureau, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.
 - ³¹ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
 - ³² Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
 - ³³ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Alagoas", p. 1, "Pernambuco", p. 1, "Paraíba", p. 1-2, "Bahia", p. 1, "Ceará", p. 119, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
 - ³⁴ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 4, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
 - ³⁵ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Pará", p. 6, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
 - ³⁶ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
 - ³⁷ Tuberculosis Control Activities Sponsored by the Institute of Inter-American Affairs in Latin America. In: *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 76 (August 1945):

1-9; John Yagley, A luta interamericana contra a doença. In: *Boletim do Sesp*, n. 15 (Agosto 1944): 4.

- ³⁸ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 4, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ³⁹ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Sergipe", p. 9, "Pará", p. 2, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 17, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; U.S. Naval Observer at Recife, Brazil, "Additional Vital Statistics on City of Recife", p. 1-2, February 11, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴⁰ "Latin American Diseases", p. 8-9, May 6, 1942, Source: 1940-41 Annual Report of Dr. Hugh Cumming, Director of Pan American Sanitary Bureau, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.
- ⁴¹ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 10, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴² Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 113, 118, "Bahia", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 12, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴³ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Paraíba", p. 44, "Ceará", p. 113, "Maranhão", p. 164, "Pará", p. 8, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 12, 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴⁴ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Pará", p. 5-6, 2, "Maranhão", p. 165, "Ceará", p. 113, "Bahia", p. 1, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ⁴⁵ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

- ⁴⁶ U. S. Naval Observer at Natal, Brazil, "Disquieting reports coming in the outbreak of influenza", January 4, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴⁷ Starkloff, G. B. "Report n. 6526", January 14, 1944. Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴⁸ U. S. Naval Observer at Recife, Brazil, "Additional Vital Statistics on City of Recife" February 11, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁴⁹ U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 11, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁵⁰ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Parafba", p. 44, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ⁵¹ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 4, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 113, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ⁵² Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 10, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.
- ⁵³ U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 10, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁵⁴ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 118, "Pará", p. 6, 8, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ⁵⁵ Malária é uma infecção crônica causada por quatro espécies de parasitos do gênero *plasmodium*: *vivax*, *falciparum*, *malariae* e *ovale*. Os três primeiros eram amplamente difundidos em várias partes do mundo, enquanto o último deles, o *plasmodium ovale*, é principalmente encontrado na África tropical. Apesar do *falciparum*, *vivax* e do *malariae* serem encontrados em todo o Brasil, o *falciparum* era a espécie predominante em quase todos os países sul-americanos com fronteiras na bacia amazônica. Esses parasitas precisam de um vetor para se transferir de uma pessoa infectada para uma sadia; no caso, um mosquito fêmea do gênero *Anopheles*. Quando um mosquito pica uma pessoa infectada, inicia um ciclo de transmissão ao se infectar e transmitir o parasita, ao picar um outro ser humano sadio. A doença causa ataques de febre

intermitentes e produz anemia e exaustão da vítima, fazendo-a mais suscetível a outras patologias. Pessoas que sofrem de malária são constantemente forçadas a suspender suas atividades e, se a doença atacar a uma comunidade inteira, produz um maciço declínio da capacidade de trabalho (Dunn, 1993; Batista, 1946; Pan American Health Organization, 1984; Ackerkenecht, 1965; Cartwright, 1974).

- ⁵⁶ Office of the War Information, "Advance release for Monday afternoon papers, May 7, 1945", p. 2, Nara, RG 208, NC-148, Entry E-198, Box 1048.
- ⁵⁷ Uglio, "Health Precautions for South America and the Caribbean Area", op. cit., p. 6.
- ⁵⁸ Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Division", p. 7, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 1, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁵⁹ "Histórico da campanha contra a malária no Brasil a partir de 1930", AGC, Série Ministério da Educação e Saúde, 1934-45, Saúde e Serviço Social, GCh. 1938.12.26, rolo 67, fot. 550-52.
- ⁶⁰ Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Sergipe", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mendonça d'Almeida, "Notes on Malaria in Aracajú", p. 8, attached to the Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Alagoas", p. 1, "Paraíba", p. 1, "Ceará", p. 117, "Piauí", p. 151-152, "Maranhão", p. 163, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mixed Sanitary Commission, "Report by the chief of the Malaria Service of Maranhão", p. 164, attached to "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.
- ⁶¹ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39-40, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. Segundo ele, os principais vetores do nordeste eram, 'aparentemente', o *anopheles tarsimaculatus*, o *albitalis* e o *darlingi*. Grifos do autor.
- ⁶² Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 8, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁶³ Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 10, 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.