

Hochman, Gilberto

“O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 16, julio, 2009, pp. 313-331

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138047015>



“O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek *

“Brazil isn’t only disease”: *Juscelino Kubitschek’s public health program*

Gilberto Hochman

Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4036/400
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
hochman@coc.fiocruz.br

Recebido para publicação em fevereiro de 2009.
Aprovado para publicação em maio de 2009

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331.

Resumo

Analisa o programa de saúde do candidato à Presidência da República Juscelino Kubitschek e seu diálogo com interpretações que identificavam o Brasil como ‘país doente’ a ser recuperado pela medicina. Os contextos nacional e internacional são marcados pela ideia de desenvolvimento e pelo otimismo sanitário do pós-Segunda Guerra Mundial. Aborda o modo como Kubitschek elaborou, no contexto de seu projeto de desenvolvimento, os temas da centralidade das endemias rurais e do abandono do trabalhador rural, caros ao movimento sanitário da década de 1910, e indica a articulação de saúde e desenvolvimento nesse programa setorial, bem como a introdução de agendas sanitárias emergentes.

Palavras-chave: Juscelino Kubitschek; endemias rurais; desenvolvimento; saúde; Brasil.

Abstract

Analyzes the public health program that Juscelino Kubitschek presented while running for president and its dialogue with interpretations that identified Brazil as an ailing country that should be recovered through public medicine. The proposals and goals contained in Kubitschek’s healthcare program, as released during his 1955 campaign, serve as the main sources for this analysis. They also were key to establishing this dialogue, which was both prompted and shaped by a national and international context characterized by the post-war idea of development and public health optimism. Within the context of his development project, the article looks at how Kubitschek elaborated the themes of the centrality of rural endemic disease and the abandonment of the rural worker, both dear to the sanitary movement in the 1910s. It also underscores how Kubitschek the candidate endeavored to link health and development within this arena of government policy.

Keywords: Juscelino Kubitschek; rural endemic diseases; development; health; public policies.

Já não somos mais ... o vasto hospital da frase, que se tornou histórica porque verdadeira, da observação clarividente de Miguel Pereira.

Juscelino Kubitschek,
candidato à Presidência da República, 1955.

Em março de 1955, Juscelino Kubitschek de Oliveira, médico, ex-prefeito de Belo Horizonte (1940-1945), deixava o cargo de governador do estado de Minas Gerais já como candidato à Presidência da República. Sua proposta de modernização do país por meio do aprofundamento de inserção no mundo capitalista pretendia ser realizada mediante a intensificação do processo de industrialização e integração nacional. Eleito em 3 de outubro de 1955 por coalizão liderada pelo Partido Social Democrático (PSD), tomou posse em 31 de janeiro de 1956 para mandato de cinco anos. Seu lema de governo, “50 anos em 5”, seu Plano de Metas e sua meta-síntese e Brasília, a nova capital a ser construída no interior do país, eram faces do viés otimista de seu projeto político e econômico, que reforçaria, também, o papel do Estado como planejador e fomentador do desenvolvimento e da integração nacional (Benevides, 1979; Gomes, 2002; Laffer, 2002).

Mesmo não sendo a saúde um aspecto central em sua proposta de governo, durante a campanha eleitoral de 1955 Kubitschek apresentou um plano para o setor acenando com algumas mudanças, tanto nas prioridades das políticas de saúde como na rejeição da associação negativa entre enfermidades e o Brasil. Afinal, o Brasil não seria mais apenas ‘doença’ (Kubitschek, 1955a, p.32). O diálogo do candidato era precisamente com a chave interpretativa do Brasil tão bem expressa pela frase “o Brasil é ainda um imenso hospital”, de Miguel Pereira (1922) em discurso de 11 de outubro de 1916 no Rio de Janeiro. A frase foi hasteada como bandeira do movimento nacionalista pelo saneamento rural, materializado pela Liga Pró-Saneamento do Brasil (1918-1920) que, liderada por Belisário Penna, congregou elites intelectuais, profissionais e políticas mobilizadas por uma reforma sanitária que desse ao Estado nacional os instrumentos necessários para superar esse dramático diagnóstico (Castro-Santos, 1985; Hochman, 1998; Lima, 1999). Rejeitando determinismos raciais e climáticos, esses médicos e intelectuais elegeram a onipresença das endemias rurais – em especial a ‘trindade maldita’: anciostomíase, doença de Chagas e malária – e a ausência do poder público no interior como explicação para o atraso do país e a improdutividade de sua população (Lima, Hochman, 1996; Hochman, 1998). Desse modo, a identidade de país enfermo não foi proclamada como epitáfio para o país, mas sim como denúncia do abandono da população doente do interior associada à proposição de terapia política que propugnava ser possível reabilitá-la pela ação da medicina pública.

Quatro décadas depois, Kubitschek buscou, tanto em seu programa de saúde como em suas primeiras medidas como presidente eleito, apresentar as relações entre enfermidades e nação na mesma chave positiva que emoldurava suas proposições para o desenvolvimento do país. Em sua opinião, o Brasil havia superado as “doenças pestilenciais” (como a febre amarela e a peste bubônica) e o novo governo deveria dedicar-se a combater primordialmente as “doenças de massa”, tais como a tuberculose, a lepra, as doenças gastrointestinais e as endemias rurais, que debilitavam e tornavam improdutivos milhões de brasileiros (Kubitschek, 1955a, p.4-5). Além disso, alertava: o país já deveria agir contra as “doenças

crônico-degenerativas" ou as enfermidades do mundo desenvolvido, como o câncer. Guardando semelhanças com os objetivos gerais do movimento médico-higienista da Primeira República, o programa de Juscelino explicitava visão otimista sobre o futuro do país, reforçando a ideia de que a saúde dos brasileiros estava melhor do que havia sido e que as doenças que os afigiam já não eram as do início do século XX. Para ele, o quadro sanitário que gerou tanto o diagnóstico de Miguel Pereira de 1916 quanto as propostas do movimento médico-higienista tinha efetivamente se alterado pela ação da saúde pública e pelos avanços da medicina. O programa de Kubitschek estava em sintonia com o chamado otimismo sanitário em vigor nas duas primeiras décadas após a Segunda Guerra Mundial (Garret, 1995, p.39-40), que, com a disponibilidade dos novos recursos preventivos e terapêuticos – inseticidas, antibióticos, sulfas e antimaláricos – animava governos, agências bilaterais de cooperação e organizações internacionais a formular e implementar programas de saúde visando controlar, e mesmo erradicar, doenças no chamado mundo subdesenvolvido em tempos de Guerra Fria (Farley, 2004; Cueto, 2007a; Packard, 2007).

Este artigo analisa o programa de saúde que Kubitschek apresentou durante a campanha eleitoral de 1955 e também o diálogo que estabeleceu com um conjunto de interpretações do país que o identificava como doente e clamava por mais ativismo estatal no campo da saúde pública e da educação, tomando a frase de Miguel Pereira como marco fundador. O argumento mais geral do trabalho é o de que, embora a realidade sanitária do Brasil tivesse efetivamente se transformado, imposto novos desafios e exigido diferentes respostas do poder público, a marca da doença, da miséria e do analfabetismo associada ao homem do interior permanecia indelével no discurso do médico e candidato. Essa marca ecoou nas primeiras ações de saúde de Kubitschek como presidente. Os contextos nacionais e internacionais experimentados por seu governo eram bastante diversos daquele que motivara o discurso de Miguel Pereira. Porém, as chamadas doenças de massa, especialmente as endemias rurais, continuavam na agenda de prioridades da saúde pública brasileira, assim como o diagnóstico do abandono das populações dos sertões pelos governos. O programa de saúde de Juscelino Kubitschek é peça política e eleitoral que, endereçada a público especializado de médicos, sanitaristas e políticos, revela percepções, propostas, contradições e compromissos da saúde pública brasileira. Kubitschek, ao sublinhar de modo otimista os avanços nas condições sanitárias do Brasil que tinham transformado a realidade sobre a qual dissertavam os médicos da década de 1910, reafirmava e atualizava a chave interpretativa 'Brasil doente' inaugurada pelo movimento médico-higienista da Primeira República, agora com novas perspectivas e objetivos.

Saúde e desenvolvimento em questão

Em geral, a produção historiográfica sobre os anos 50, e em particular sobre Kubitschek, concentrou-se nos temas da ideologia desenvolvimentista, dos aspectos econômicos e políticos e das relações internacionais (Cardoso, 1977; Toledo, 1977; Benevides, 1979; Bielschowsky, 1988; Vizentini, 1996; Dulci, 1999; Laffer, 2002; Gomes, 2002), bem como da construção de Brasília (Moreira, 1998). Várias biografias destacam características pessoais de Kubitschek (Couto, 2001; Bojunga, 2001), além de sua própria narrativa sobre a presidência

e seus projetos (Kubitschek, 1974). A menor importância da saúde *vis-à-vis* outras áreas de políticas públicas (Pena, 1977) contribuiu para que poucos trabalhos acadêmicos se dedicassem ao tema da saúde, em particular no chamado período nacional-desenvolvimentista. As exceções são trabalhos majoritariamente do campo da saúde coletiva e da economia da saúde (Braga, Paula, 1981; Labra, 1988; Escorel, 2000), e alguns de historiadores, como os de Paiva (2006), Campos (2006) e Kropf (2009). No campo específico da saúde coletiva, essa produção tem reforçado, excessivamente a meu ver, a dicotomia entre ‘sanitarismo desenvolvimentista’ e ‘sanitarismo campanhista’ como modelos de ação estatal em saúde, que apareceriam como contrapostos nos anos 50 e início dos 60 (Braga, Paula, 1981; Labra, 1988; Escorel, 2000, Escorel, Teixeira, 2008). Em geral, para esses autores, a ideia-força do ‘sanitarismo desenvolvimentista’ era a de que a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e, consequentemente, só teriam impacto as ações sanitárias que fossem integradas a um projeto nacional de desenvolvimento. Nessa concepção, o desenvolvimento econômico supostamente geraria a melhoria das condições de saúde da população. A ênfase estaria também na integração de serviços e na descentralização. Isso se contrapunha ao ‘campanhismo’, que enfatizaria de modo geral intervenções sanitárias centralizadas, verticais, tecnologicamente orientadas para e focadas na resolução de problemas sanitários específicos e separados dos processos de mudança social e ambiental. Nessa perspectiva, mudanças nas condições sanitárias poderiam ajudar a romper os obstáculos ao desenvolvimento. Essa visão, que remonta ao início do século e que teve nas ações sanitárias da Fundação Rockefeller sua expressão máxima, tornou-se hegemônica no pós-Segunda Guerra Mundial e foi classificada por Packard e Brown (1997) como “concepção biomédica restrita” da saúde.

Os estudos sobre a saúde pública no período apontam como articuladores das ideias do ‘sanitarismo desenvolvimentista’ os médicos Mário Magalhães e o parasitologista Samuel Pessoa, e tomam seus trabalhos como referências, assim como a série de discursos de Aramis Athayde, ministro da Saúde no governo Café Filho (Athayde, 1957; Labra, 1988; Escorel, 2000; Paiva, 2006). As origens estadunidenses e as ações do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) tornaram essa organização também alvo da crítica dos ‘desenvolvimentistas’ (Campos, 2006), e o médico e malariologista Mario Pinotti, ministro da Saúde de Juscelino Kubitschek entre 1958 e 1960, é destacado como expressão dos programas verticais, em especial os de erradicação de doenças (Hochman, 2007; Silva, 2008).

Uma análise do programa de governo do candidato Kubitschek indica que essa polarização é artificial pelo menos até o final dos anos 50 e foi construída contemporaneamente por uma bibliografia que, oriunda do campo da saúde coletiva, o fez à luz da reforma sanitária brasileira dos anos 80. Essas análises foram frutos da necessidade de se contrapor de modo enfático aos modelos de saúde estabelecidos desde o primeiro governo Vargas e aos rumos da política de saúde e assistência médica depois do golpe civil-militar de março de 1964, e acabaram sendo reproduzidas acriticamente. É preciso reconhecer que, de fato, essa polarização ocorreu, pelo menos do ponto de vista das ideias e não necessariamente afetaram as políticas públicas efetivas do setor, no período que imediatamente precedeu o regime militar, em um ambiente político e social instável e radicalizado. Na década de 1950, os personagens que vocalizavam essa polarização reconheciam as relações necessárias

e inseparáveis entre saúde e desenvolvimento, estando a diferença nas ênfases dadas a cada elemento dessa relação (Lima, Fonseca, Hochman, 2005). Naquela década, as críticas não eram direcionadas tanto para o 'modelo campanhista' como forma de organização (verticalizador e centralizador), mas sim para a perspectiva que desvinculava a intervenção médico-sanitária do desenvolvimento econômico-social.

Do ponto de vista da política nacional, essas relações entre saúde e desenvolvimento aparecem de alguma maneira em todas as mensagens presidenciais a partir de 1949, quando Dutra reconheceu que "as condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social" (Brasil, 1949, p.127). As relações entre saúde, doença e pobreza e a necessidade de romper o "ciclo vicioso da doença e pobreza" e compreender os "custos da doença e o valor da saúde" (Myrdall, 1952; Winslow, 1955) foram incorporadas no debate brasileiro por todos os protagonistas. Sintoma da centralidade dessa discussão é o fato de a 5ª Assembleia Mundial da Saúde (Genebra, 1952) ter como conferencistas convidados o economista Gunnar Myrdall e o sanitário Charles Winslow, expoentes e formuladores das principais teses sobre as relações entre doença, pobreza e subdesenvolvimento (Myrdall, 1952; Winslow, 1955).¹ Nessa mesma Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), proeminentes médicos sanitários brasileiros vinculados ao Sesp, Manoel Ferreira e Ernani Braga, e o engenheiro Paulo Assis Ribeiro, apresentaram o trabalho "Economic value of health" dialogando diretamente com as proposições de Myrdall e Winslow (Ribeiro, Ferreira, Braga, 1998). É sugestivo que as posições sobre a política de saúde não fossem tão irreconciliáveis quanto têm sido apresentadas pela literatura, e que *Ensaios médico-sociais* (publicado em 1960), um dos livros mais importantes de um ícone do 'sanitarismo desenvolvimentista e reformista', Samuel Pessoa, tenha sido dedicado justamente àquele considerado o ícone do modelo vertical e das campanhas de erradicação, Mário Pinotti.²

O que ocorreu ao longo da década de 1950 foi um deslocamento lento de posições e ênfases para um dos lados da relação entre saúde e desenvolvimento. O protagonismo, nesse período, não foi do 'sanitarismo desenvolvimentista' nem de seus ideólogos. Eles só ganharam destaque na agenda sanitária no início da década de 1960. Além disso, alguns dos principais personagens da saúde pública brasileira, tal como Mário Pinotti, estavam engajados em programas de controle e erradicação de doenças, mas também foram incorporando, em seus escritos e discursos, agendas mais horizontais como nutrição, assistência médica no campo e programas de saúde para mães e crianças, tal como aparece no livro *Vida e morte do brasileiro* (Pinotti, 1959).

Como sugere John Farley (2004), nas duas décadas que se seguem ao pós-Segunda Guerra Mundial, os esforços para melhorar a saúde e o bem-estar econômico das populações podem ser visualizados como 'pêndulos' que se moviam entre dois extremos, nem sempre em igual velocidade e de modo coincidente:

- 1) Entre a crença de que o controle ou mesmo a erradicação das doenças transmissíveis seria um pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social e a convicção de que, embora o controle seja necessário, o desenvolvimento socioeconômico é pré-requisito para a melhoria da saúde;

- 2) Entre a crença de que campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas verticalmente contra cada doença específica e impostas de fora, e a crença de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas horizontalmente em relação a um conjunto de doenças e produzir condições básicas de infraestrutura sanitária;
- 3) Entre os defensores da ‘ideologia do desenvolvimento’ e a compreensão de que o sistema internacional cria e perpetua o subdesenvolvimento e reproduz um permanente sistema de desigualdades entre países (Farley, 2004, p.284-285).

A partir do final da Segunda Guerra Mundial até meados da década de 1950, a saúde internacional e seus especialistas estavam convencidos de que a erradicação de doenças deveria preceder e ser condição para o desenvolvimento e que campanhas verticalmente organizadas com objetivos precisos seriam seus melhores instrumentos. A certeza da vitória possível e rápida sobre as doenças infecciosas, em particular as ‘doenças tropicais’ foi proclamada em discurso de 1948 pelo próprio secretário de Estado dos Estados Unidos, George Marshall (1948). Na chave interpretativa do desenvolvimento como campo discursivo que criou ideias e práticas internacionais, nacionais e locais (Escobar, 1998; Rist, 2002), a ciência e a tecnologia (e a medicina) passaram a ser compreendidas como fundamentais para o acesso do países pobres ao Primeiro Mundo, evitando-se ao mesmo tempo que esses países se tornassem suscetíveis ao populismo e ao socialismo.

No entrecruzamento da Guerra Fria com o otimismo sanitário, a malária foi escolhida como a ‘doença econômica’ por excelência e principal alvo das atenções internacionais e nacionais no período (Packard, 1997; Packard, Brown, 1997; Cueto, 2007a). A partir de 1957 tornou-se, aliás, alvo da política externa dos Estados Unidos durante a administração Eisenhower, influenciada pelos argumentos de William Rostow sobre a necessidade de aumentar a ajuda direta aos países subdesenvolvidos, no intento de produzir bem-estar e difundir os valores da sociedade americana, associando modernização e anticomunismo (Tulchin, 1988; Latham, 2000; Cueto, 2008). A ação de agências de cooperação estadunidenses na saúde internacional foi marcada por essa perspectiva (Cueto, 2008). Em 1958 Juscelino Kubitschek, no meio de seu mandato, seria protagonista das demandas de maior envolvimento dos EUA com o desenvolvimento da América Latina, ação que ficou consagrada como Operação Pan-Americana (Silva, 1992). A erradicação da malária foi considerada então uma precondição para o desenvolvimento, pois liberaria populações para o trabalho e territórios para a agricultura e outras atividades econômicas. Marcos Cueto (2008, p.36-37) ressalta que a saúde no pós-Segunda Guerra Mundial serviu como instrumento de consolidação da segurança americana no panorama internacional, com a intenção de elevar o padrão de vida das populações rurais nos países subdesenvolvidos, criando consumidores e reforçando a ideia de progresso econômico em um contexto marcado por discurso que associava ‘comunismo’ e ‘malária’ como condições que ‘escravizavam’ os indivíduos.

As propostas do candidato Kubitschek expressavam, em grande medida, essa ‘concepção estrita’ das relações entre saúde e desenvolvimento e o otimismo sanitário, hegemônicos na década de 1950. Algumas propostas também pretendiam dar continuidade a ações de saúde empreendidas durante seu mandato como governador de Minas Gerais (Quatro anos... , 1959). Porém, alguns dos ‘pêndulos’ da imagem proposta por Farley já começavam a se mover, fosse por condicionamentos internacionais ou por conjunturas nacionais.

Assim, é possível perceber também, em seu programa de saúde, preocupações com serviços de saúde mais integrados e a introdução de novos problemas médico-sanitários.

O programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek: as endemias rurais como prioridade

O programa de saúde de Kubitschek foi emoldurado pela ideia de desenvolvimento do Brasil que o acompanhou na campanha eleitoral e, depois, em seus discursos e ações já como presidente (Kubitschek, 1955b). Foi escrito, ao que tudo indica, por Mário Pinotti, que dirigia o Serviço Nacional de Malária (SNM) desde 1942 e fora ministro da Saúde por curto período no segundo governo Vargas.³ Pinotti acumulou prestígio científico e político desde os anos 40 e tinha vínculos com o Partido Social Progressista (PSP), que fazia parte da coalizão parlamentar de apoio a Kubitschek e controlou o Ministério da Saúde durante quase todo o seu mandato.⁴ O principal argumento expresso por esse documento de 57 páginas seria o de que os problemas de saúde da população brasileira a incapacitavam para o empreendimento urgente e necessário do desenvolvimento nacional. A associação entre saúde e desenvolvimento é apresentada como complexa, não redutível à simples opção por um dos termos da equação – foco na melhoria das condições de saúde da população *versus* saúde como resultado do desenvolvimento do país. Ecoam, em suas propostas, os argumentos já citados de Myrdall e Winslow, sobre a vigência de um “círculo vicioso da doença e da pobreza” e a necessidade de rompê-lo; e estão presentes em seu discurso de candidato proposições que, mesmo ao enfatizar a dimensão da saúde, não deixam de reconhecer a necessidade de mudança nas condições de vida da população.

Essa perspectiva mais geral que alinhava sua proposta para a saúde ganhava legitimidade especial porque Kubitschek se posicionava não apenas como político, mas como médico convededor das “dores de nosso povo” e, sobretudo, do que se passava no interior do Brasil, a partir da experiência de governador de Minas Gerais entre 1951 e 1955 (Kubitschek, 1955a, p.3). É dessas posições – de médico, de político oriundo do interior e de governador de um estado que abrigava parte significativa dos inúmeros problemas sanitários e sociais do Brasil – que Juscelino fez seu diagnóstico da saúde do país e propôs 18 metas para superação do que considerava os principais problemas sanitários do Brasil.⁵

Essa identidade pela qual Kubitschek apresenta sua legitimidade para falar sobre as ‘doenças do interior’ reforça a continuidade de aspectos do dualismo litoral/sertão, presente no pensamento social e político brasileiro e marcante no discurso médico-higienista da década de 1910 (Lima, 1999). Desconhecimento, preconceito e abandono dos sertões pelos governos, pelos ‘homens do litoral’, continuavam sendo apresentados como elementos das explicações sobre os males sanitários do país. Em algumas passagens do programa, Kubitschek denuncia que o desconhecimento, por parte do Brasil urbano, dos homens e mulheres do interior, se expressaria de duas maneiras diversas, porém preconceituosas. De um lado, pela visão negativa que caracterizaria essa população como indolente (Kubitschek, 1955a, p.7) e, de outro, pela admiração à resistência e ao heroísmo atribuídos aos habitantes do interior (p.20). Em ambos os casos, as concepções distorcidas produziram um desamparo histórico dessas populações pelos governantes e o seu esquecimento pelas classes médias

urbanas. A separação desses ‘brasis’ e a visão negativa aparece na imagem “poltronas e chão duro”, pela qual Kubitschek critica aqueles que, em seu conforto material, não compreendem as agruras das famílias camponesas. O personagem acionado é o turista que, de uma confortável gaiola, avista os barranqueiros do São Francisco e os define como preguiçosos (p.8). Opondo-se à distorcida visão positiva, o programa de saúde aciona diretamente Euclides da Cunha e seu personagem, o vaqueiro. Para Kubitschek, a frase “o sertanejo é antes de tudo um forte” fora distorcida pelo Brasil urbano. Essa afirmação de Euclides não seria um elogio e sim um “protesto contra a indiferença em que o Brasil mal civilizado deixa o Brasil puro e verdadeiro” (p.20). Sua proposta era rever essa “inoperante e lírica glorificação” do sofrimento dos sertanejos a partir da extensão da legislação trabalhista à população rural e ampliação do alcance das políticas de saúde e de assistência.

A recuperação da saúde da população é, em termos gerais, compreendida primordialmente como restabelecimento de sua capacidade de trabalhar e obter renda. Nas palavras do candidato: “curaremos o país e teremos homens sadios e capazes de empreender a tarefa de desenvolver o país” (Kubitschek, 1955a, p.5). O trágico ciclo que associava pobreza, desnutrição, moradia precária e enfermidade deveria ser rompido para tornar o brasileiro um trabalhador sadio e produtivo. Políticas habitacionais e de nutrição são apresentadas como ações governamentais que, fora do âmbito institucional da saúde, seriam essenciais para superação do precário estado sanitário do país. As ações da Fundação Casa Popular e do Serviço de Alimentação da Previdência Social (Saps) são citadas. Juscelino buscou, durante seu mandato como governador de Minas Gerais, incentivar a diversificação e a modernização da produção agropecuária mineira, associadas ao seu lema “Energia e transporte”, que vinha desde seu antecessor Milton Campos (Dulci, 1999). Em seu discurso de despedida do governo de Minas e já candidato à presidência, Kubitschek (1955b, p.90) declarava que daria “prioridade absoluta à industrialização de alimentos”. A alimentação vinha, desde meados da década de 1940, ganhando espaço na agenda de intelectuais ligados ao campo da nutrição, como Josué de Castro, e na agenda social dos governos. Em março de 1955 tinha sido criada pelo presidente Café Filho a Campanha Nacional de Alimentação Escolar. O tema da fome e da subnutrição foi bastante assinalado nas propostas de Kubitschek e associado fortemente às questões sanitárias. A solução para o problema da alimentação do povo brasileiro era apresentada na chave do desenvolvimento econômico, isto é, modernização da agricultura e da pecuária, fomento à indústria de alimentos, transporte e infraestrutura específica, tais como silos e frigoríficos. (Kubitschek, 1955a, p.4-7; 39-42).

O tema central do programa de saúde pública é o enfrentamento das chamadas doenças de massa, aquelas que vinham “fazendo sofrer, inutilizando, ou matando, enormes multidões de brasileiros” (Kubitschek, 1955a, p.4). Essas doenças, basicamente infecciosas e parasitárias, são objeto das principais considerações do candidato. Há um claro deslocamento de hierarquia das “enfermidades do Brasil”, presentes no discurso de Miguel Pereira e logo depois estabelecidas pelo movimento sanitarista da Primeira República – “a trindade maldita”.⁶ Das grandes endemias rurais citadas em 1916, sairiam do topo da agenda a malária e a ancilostomose, ainda que o problema das verminoses fosse bastante realçado. O foco recairia sobre tuberculose, lepra, doença de Chagas, leishmaniose, bouba, esquistossomose, bôcio endêmico e tracoma, sendo algumas dessas doenças prevalentes

em Minas Gerais e foco de sua preocupação enquanto foi governador (Quatro anos..., 1959). Em 1953, na abertura do X Congresso Brasileiro de Higiene realizado em Belo Horizonte sob os auspícios de Kubitschek, então governador de Minas Gerais, Mário Pinotti anuncia uma "nova era" da saúde devido aos avanços técnicos produzidos a partir da guerra: Era o momento de realizar "cruzadas nacionais" contra "as doenças endêmicas e epidêmicas que assolavam o Brasil ao tempo de Miguel Pereira" (SBH, 1953, p.XV).

A grande novidade em 1955 dizia respeito à malária: em duplo movimento, a malária era explicitamente considerada problema quase superado e restrito a algumas áreas do território nacional, ao mesmo tempo que era retirada do conjunto de doenças que seriam alvo prioritário de ação do governo, em particular nas áreas rurais. Para Kubitschek (1955a, p.15-16), a malária já teria sido "expulsa" do Brasil e não seria mais um grande problema nacional, fato que atribuía ao longo e persistente trabalho da malariologia brasileira.

Ainda no ano de 1955, a 8^a Assembleia Mundial da Saúde, reunida em maio na Cidade do México, aprovaria a resolução de deslanchar com urgência um programa de erradicação da malária em escala global, sob coordenação da OMS e apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Um ano antes, a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) recomendara igual medida em âmbito regional.⁷ O diagnóstico e as propostas do candidato Kubitschek e as recomendações da OMS e da OSP, portanto, não eram convergentes: a malária tornava-se o principal foco da agenda da saúde internacional enquanto o candidato e futuro presidente do Brasil a deslocava do topo da agenda nacional.

Dado o grande número de casos da doença, o tamanho do território brasileiro e suas extensas fronteiras com vários países sul-americanos, o país era peça-chave em qualquer esforço internacional de combate à malária. Desde 1941, ano da criação do Serviço Nacional de Malária, vinham sendo realizados esforços sistemáticos visando ao controle da doença, endêmica em várias regiões. Estruturas organizacionais foram criadas, atividades de pesquisa desenvolvidas, medicamentos e inseticidas testados, produzidos e distribuídos, campanhas sanitárias desenvolvidas e inovações profiláticas e terapêuticas introduzidas, tal como a distribuição gratuita de sal de cozinha cloroquinado, proposta por Mário Pinotti, em regiões como a Amazônia, onde seria inócuas a borrifação massiva de DDT devido à dispersão da população, seu nomadismo e a precariedade das habitações (Pinotti, 1953). A estratégia do sal cloroquinado ficou conhecida como 'método Pinotti' e alçou seu idealizador ao lugar de expoente da saúde pública internacional (Hochman, 2008).

Emergiu nesse processo, sob a liderança de Pinotti, um grupo de malariologistas bastante organizado, reconhecido internacionalmente e cioso de suas realizações para a saúde pública brasileira (Hochman, 2008). Foram os interesses desse grupo de especialistas em ascensão que embasaram os argumentos do candidato Juscelino Kubitschek sobre a malária. Para ele, a endemia estaria sob controle e deixava de ser o grande problema sanitário nacional graças aos esforços dos malariologistas brasileiros. Portanto, o programa de saúde é peça política de elogio e apoderamento de Pinotti e colegas, sendo forte indício do controle que eles teriam sobre a agenda e instituições de saúde na administração Kubitschek. Não é de estranhar que o programa de saúde do candidato tenha sido prefaciado e provavelmente escrito por Mário Pinotti, que viria a ser o primeiro diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) – criado em março de 1956, logo após a posse de Juscelino – e

depois, entre 1958 e 1960, ministro da Saúde.⁸ Naquele momento de “conquistas notáveis” do sanitarismo brasileiro, Pinotti era destacado por Kubitschek como responsável pela derrota da malária no Brasil e herdeiro de linhagem inaugurada com Oswaldo Cruz e que incluía Carlos Chagas e Belisário Penna, ingressando assim numa espécie de panteão da saúde pública (Kubitschek, 1955a, p.53).

É certo que, para além dos interesses e da retórica, o declínio da malária devido às ações de controle já vinha sendo apontado desde o início da década até nos discursos presidenciais. O espantoso número de oito milhões de impaludados – quase 1/7 da população brasileira, que começou a ser divulgado e repetido a partir de 1940, sempre foi citado e lembrado pelo candidato Kubitschek para comemorar a redução considerada “espetacular” de 97% em uma década (Kubitschek, 1955a, p.15-16, 54).⁹ Desse modo, para o candidato, uma das endemias utilizadas para caracterizar o país como doente nas primeiras décadas do século XX deixara de ser o mais grave problema de saúde pública. Aliando o otimismo dos malariólogos brasileiros ao momento eleitoral, prometia então, completando o trabalho já realizado, eliminá-la se eleito fosse (p.17, 54). Em sua opinião, em 1955, “a malária deixou realmente de ser o mais grave problema de saúde pública do Brasil!” (p.17). O declínio da malária como problema já vinha sendo anunciado por Pinotti.

Uma vez derrotadas a peste e a febre amarela e aprendidas as “lições da malária” (Kubitschek, 1955a, p.15-16), as principais metas para a saúde propostas pelo candidato se voltariam para a eliminação das demais endemias rurais e para a luta contra a tuberculose e a lepra.¹⁰ Essa possibilidade era considerada viável justamente pelo pujante desenvolvimento da indústria química e farmacêutica a partir da Segunda Guerra Mundial, com destaque para os inseticidas de ação residual, antimaláricos e antibióticos. Para o candidato, “a ciência e a técnica modernas deram aos homens, sobretudo aos governos, novos e eficazes, poderosos e, algumas vezes, imediatos recursos profiláticos e terapêuticos, facilmente aplicáveis, para o combate às doenças de massas” (p.5). Chama atenção para o fato de já existirem os instrumentos para eliminar do Brasil a bouba (penicilina injetável), o tracoma (sulfa), o bôcio endêmico (iodetação do sal de cozinha), entre outras endemias presentes no interior do Brasil e associadas à pobreza. Esses instrumentos simplificariam as campanhas sanitárias e mudariam o papel do médico da saúde pública, que passaria “a exercer a missão de traçar diretrizes, de fiscalizar e orientar” (p.5). Bastariam equipes especializadas e bem treinadas para alcançar o objetivo de eliminar as endemias rurais, dada a simplificação das ações terapêuticas. Como assinalou no caso da bouba e também do tracoma: “Basta aplicar uma injeção ...” para libertar milhares de brasileiros que poderiam “trabalhar pelo Brasil tão necessitado de trabalho” (p.25). A chamada ‘concepção estrita’ das relações entre saúde e desenvolvimento, associada ao modelo vertical de campanhas, aparece aqui na crença de que estavam disponíveis ‘balas-mágicas’¹¹ que acertariam um alvo preciso, o patógeno, sem afetar ou precisar modificar o restante do organismo doente e seu ambiente, ou seja, as condições de vida que o produzem.

A formação de recursos humanos para uma saúde pública reconfigurada pelos novos instrumentos e técnicas era um desafio e mereceu destaque no programa do médico candidato. A falta de técnicos, médicos, enfermeiras, dentistas e nutricionistas, sua concentração nas cidades e a inexistência de regime de dedicação integral aos serviços sanitários seriam obstáculos a superar, para garantir o fim do flagelo das doenças de massas, assim como a ausência de estatísticas demográficas e sanitárias (Kubitschek, 1955a, p.9-10).

A instalação de fábricas de inseticidas e medicamentos para as campanhas sanitárias e fitossanitárias foi outra ação considerada necessária e meta a ser atingida no "nossa plano de desenvolvimento econômico" (Kubitschek, 1955a, p.56). Nesse sentido, o candidato também associava saúde e desenvolvimento econômico, ao vincular a melhoria das condições de saúde e nutricionais da população ao desenvolvimento da indústria química e farmacêutica voltada para a saúde humana e agropecuária.

A doença de Chagas é emblemática dessa perspectiva mais estrita. Kubitschek reconheceu a diretamente vinculada à precariedade das habitações do interior do país (as cafuas), em que se abriga o inseto transmissor (o barbeiro). Considerava, porém, a melhoria habitacional tarefa de longo prazo, afinal "não é possível dar imediatamente aos milhões de trabalhadores rurais moradias iguais às da cidade, com a segurança, o conforto e a higiene que eles merecem" (Kubitschek, 1955a, p.18). Desse modo, o combate ao barbeiro com inseticidas, que vinha sendo realizado desde 1950, seria o recurso imediato, eficaz e disponível para a contenção da doença. A eliminação dessa e de outras endemias possibilitaria que população e territórios pudessem ser incorporados ao processo de desenvolvimento e alcançassem melhores condições de vida.

A leitura do programa de saúde pública do candidato, no entanto, também revela outras concepções, indicando que alguns dos 'pêndulos' já se moviam no eixo saúde-desenvolvimento. O diagnóstico e as propostas de JK foram organizados por doenças e problemas específicos e suas respostas, por métodos focais, mas também aparecem concepções mais horizontais e integradas: alimentação, habitação, proteção à maternidade e à infância, cuidado com os idosos, lazer e prática de esportes, saúde do trabalhador e assistência médica-sanitária. As preocupações do candidato à Presidência eram condizentes com as demandas de um país que, embora tivesse 70% de sua população em áreas rurais, também passava por intenso processo de urbanização, o que reformulava velhos problemas sanitários e produzia novos. Em termos de "doenças do Brasil", Juscelino (Kubitschek, 1955a, p.28) chama a atenção "para um novo problema de saúde que não é apenas nosso, mas de todos os povos civilizados": o câncer. Sua importância num quadro nosológico em transformação revelaria, mais uma vez, nossas dualidades, já que essa seria a doença de países desenvolvidos, que tinham derrotado as doenças de massa. A poliomielite aparece como novo alvo da saúde pública, principalmente depois dos surtos na capital federal no início da década de 1950. Não passa despercebido o fato de que, depois de comentar em seu programa as várias doenças endêmicas que grassavam no Brasil rural e na Amazônia e outras "doenças de massa", e antes de comentar essa nova agenda do Brasil urbano, Kubitschek introduz, como transição em seus argumentos e sua proposta, uma sessão denominada justamente "O Brasil não é só doença" (p.32-33).

Os temas de saneamento e habitação (abastecimento de água e rede de esgotos e moradia) e de trabalho (seguro-saúde, higiene do trabalho, pensões para idosos) sobressaem no documento eleitoral de Kubitschek, assim como a necessidade de melhoria e extensão da assistência médica-sanitária (centros de saúde, postos, maternidades e programas de merenda escolar, educação sanitária) a 20% da população, que, segundo ele, continuava sem qualquer assistência. É sintomático que o candidato reconheça que a realização desses objetivos não seria viabilizada apenas pelos serviços sanitários e médicos, devendo antes ser compartilhada

com outros níveis de governo. Seriam necessários além de médicos e enfermeiras, profissionais de várias formações como engenheiros, psicólogos, nutricionistas, arquitetos, sociólogos e economistas (Kubitschek, 1955a, p.12). Porém, apesar de assinalar todos esses aspectos, a centralização político-administrativa da saúde na esfera federal, aprofundada no primeiro governo Vargas (1930-1945) e mantida no período democrático, não seria alterada segundo suas propostas. Em poucos casos, como os da assistência psiquiátrica, Kubitschek aponta a necessidade de descentralização aos níveis municipais e estaduais.

Com o otimismo e a retórica de candidato, Juscelino finalizava seu programa para a saúde afirmando estar persuadido de que o país poderia solucionar seus grandes problemas de saúde apropriando-se das “novas armas sanitárias”, e listava as doenças-alvo e 18 metas para seu quinquênio – “fáceis de serem alcançados em cinco anos de trabalhos intensivos” (Kubitschek, 1955a, p.53) –, em grande parte relativas a doenças específicas (13) e a maioria associada ao mundo rural e/ou à pobreza, dimensões que preocupavam o candidato (o Quadro 1 apresenta uma síntese das principais metas e os instrumentos explicitados para alcançá-las). Os compromissos que assumia indicavam o desejo de interiorização da saúde pública federal, pois previa que a cada ação sanitária, nos centros urbanos, “uma pequenina Unidade Médico-Sanitária comece a servir ao núcleo da população perdido no mais longínquo sertão brasileiro” (p.57). Reforçava assim, como em todo o seu programa, a ideia de que “o Brasil não se enquadrava, apenas, na sua metrópole e nas capitais dos Estados”, mas também “palpita” no vaqueiro e no seringueiro, no interior do Brasil (p.19-20, 25-28, 57).

Quadro 1: Metas de Kubitschek para a saúde pública em 1955¹²

Enfermidade-alvo	Objetivo principal	Instrumentos da saúde pública
Tracoma	Erradicação	Sulfas e antibióticos
Bouba	Erradicação	Penicilina
Malária	Erradicação	DDT e antimaláricos
Esquistosomose	Controle	Eliminação dos focos dos caramujos, saneamento e medicamentos
Bócio endêmico e doenças carenciais	Eliminação	Implementação da lei que obriga a iodetação do sal de cozinha (1953), programas públicos de alimentação
Doença de Chagas	Erradicação	Inseticidas de ação residual
Leishmaniose	Extinção	Inseticidas de ação residual e terapêutica
Verminoses	Controle	Saneamento básico
Lepra	Controle	Sulfonas e TB I
Câncer	Assistência	Instalação de centros de estudo, tratamento e diagnóstico
Doenças mentais	Assistência	Extensão e descentralização da assistência psiquiátrica, aumento do n. de leitos e de profissionais
Tuberculose	Combate/assistência	BCG, busca ativa de doentes, tratamento domiciliar ou em dispensários e ambulatórios
Poliomielite	Combate/assistência	Vacinação e produção da vacina Salk

Fonte: Kubitschek, 1955a, p.53-57.

Considerações finais

Quando voltarmos os olhos para o nosso homem do interior não devemos ver só um homem doente.

Juscelino Kubitschek, candidato à Presidência da República, 1955.

O diálogo estabelecido por Juscelino Kubitschek com Miguel Pereira partia da constatação de que o Brasil havia superado parte importante de seus problemas sanitários, dispondo a medicina e o Estado de nos novos instrumentos profiláticos e terapêuticos que emergiram a partir da Segunda Guerra Mundial. Esse otimismo se expressaria não apenas nas conquistas de bem-estar do litoral, mas também do interior, a respeito do qual não deveríamos enxergar apenas "um homem doente", "um imenso hospital", mas também uma população sadias e bem disposta, trabalhadora e esperançosa. Essa seria a nova imagem do Brasil que, sem esconder suas mazelas, teria provado sua capacidade de criar e incorporar inovações da ciência e da tecnologia em prol da saúde da população, como teria ocorrido com a malária. Com isso não mais seriam permitidas "atitudes de pessimismo ou negativistas com relação ao futuro do Brasil" (Kubitschek, 1955a, p.32). A agenda da saúde pública brasileira continuava priorizando as endemias rurais, porém agora com a convicção de que poderiam ser concretamente derrotadas, como teria ocorrido com a malária. Como programa de governo para a saúde, o de Kubitschek tinha que apontar as mazelas sanitárias do interior do país, mas, ao mesmo tempo, se comprometer em superá-las. Esse compromisso, que poderia ser assumido por qualquer candidato em uma eleição presidencial, era considerado então factível pelo otimismo sanitário que vicejava naquela década. As campanhas sanitárias que eliminariam as doenças de massa também removeriam os obstáculos que impediam a incorporação do trabalhador rural ao processo de desenvolvimento econômico. Em sua insistência de negá-la, o candidato acaba por reafirmar a força da chave interpretativa da doença como identidade do Brasil.

De forma bastante coerente, a primeira decisão importante de Kubitschek no campo da saúde, logo após a posse, em janeiro de 1956, foi a criação, em março, do DNERu, que unificava vários serviços nacionais criados em 1941 para lidar com as doenças do interior, tais como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, anciostomose, filariose, hidatidose, bôcio endêmico, boubá e tracoma. Vários centros de pesquisa do Ministério da Saúde, inclusive o Instituto de Malariaologia, foram unificados no Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu), subordinado ao DNERu. Este último tornou-se a principal estrutura da saúde pública no governo Kubitschek e foi implantado por Mário Pinotti e dominado pelos malariologistas. O SESP, órgão do Ministério da Saúde com forte presença no interior e interface com a agenda sanitária de JK, é mencionado apenas uma vez no seu programa – em relação ao saneamento básico – o que já indicava o protagonismo que seria dado ao DNERu. Este foi a concretização pós-eleitoral da prioridade no combate às endemias rurais estabelecida por Juscelino, reforçada na entrega de sua direção àqueles que formularam essa meta e que foram apresentados como bem-sucedidos no controle da malária no Brasil. A extinção do Serviço Nacional de Malária e sua incorporação ao novo departamento era a confirmação do diagnóstico de que a malária não era mais um grave problema sanitário e, portanto, não necessitava mais de

estrutura própria. A perspectiva que possibilitara o sucesso no combate à malária deveria reger a ação contra as demais endemias. Essa decisão destoava das recomendações da OSP e da OMS para que os países criassem estruturas específicas, autônomas e com orçamento próprio para a erradicação da malária, e se contrapunha à tendência de outros países latino-americanos em organizar serviços nacionais para combater a malária em meados da década de 1950 (Cueto, 2007a).

Por outro lado, a nova agenda da saúde pública – doenças crônico-degenerativas, assistência médica ao trabalhador urbano, envelhecimento, lazer – apontava para o Brasil mais desenvolvido e urbano, em contraste com o país das doenças de massa. Nesse diálogo com interpretações do Brasil, estão presentes tanto a reafirmação do dualismo litoral-sertão quanto a possibilidade de sua superação. No caso de Kubitschek, aclamado depois como ‘presidente euclidiano’, o tema crucial é o descaso dos homens das cidades em relação ao povo do interior, que há muitos séculos esperava alguma ação efetiva. Segundo JK (1955a, p.33), não seria mais possível esse “divórcio no sangue e nas energias do Brasil”. A resposta urgente e mais geral preconizada pelo candidato passava pelo combate e pela eliminação das endemias rurais, mas a transcendia: apontava para o desenvolvimento. Desse modo, “não basta[va] combater as doenças”. Contudo, colocar uma enxada, símbolo da rotina e do atraso, nas mãos de um sertanejo recuperado seria “um crime contra o Brasil” (p.33): seria preciso “máquina”, isto é, modernização da agricultura. Nesse sentido, para Juscelino Kubitschek, a frase de Miguel Pereira seria ‘história’ não em 1955, mas sim ao final de seu mandato presidencial, caso lograsse cumprir suas metas.

O DNERu era a concretização das metas de eliminar as endemias rurais, e efetivamente algumas campanhas sanitárias, tais como as que combatiam a buba e o bôcio endêmico, foram organizadas em 1956 e implementadas a partir de 1957, ambas avaliadas como bem-sucedidas ao final do governo de Kubitschek. Em dezembro de 1960, um mês antes do final do mandato presidencial de cinco anos, o DNERu promoveu uma reunião de avaliação de todas as suas 13 campanhas sanitárias então em andamento. Só publicada em 1962, essa avaliação apontava resultados bastante irregulares das diferentes campanhas (DNERu, 1962). Outra ação importante durante o governo Kubitschek foi a primeira Campanha Nacional Contra a Lepra – doença caracterizada como de ‘massas’ –, inaugurada em fevereiro de 1959.

A maior mudança quanto ao diagnóstico e às proposições do programa de saúde de Juscelino Kubitschek seria em relação a malária. O presidente vivenciou, no meio de seu mandato, grave crise econômica e sérios problemas de financiamento externo para levar adiante seus projetos de desenvolvimento e a construção da nova capital. A política norte-americana de cooperação em saúde, peça importante no ambiente da Guerra Fria, indicava assistência financeira para o combate à malária apenas para os países que convertessem seus programas de controle em programas de erradicação. Em fevereiro de 1958, em acordo com a agência de desenvolvimento estadunidense, com a OSP e a OMS, o governo brasileiro criou a Campanha de Erradicação e Controle da Malária (CEM), vinculada ao DNERu, apontando para conversão gradual (que só ocorreria em 1965), além de um Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária (GTEM), coordenado por Pinotti, então diretor do DNERu. Mudanças no ambiente nacional e internacional fizeram com que a

malária, "quase extinta" no documento de 1955, voltasse ao topo da agenda sanitária brasileira (Hochman, 2008).

Em sua primeira mensagem ao Congresso Nacional como presidente da República, Juscelino Kubitschek apresentou com nitidez sua concepção prevalecente das relações entre saúde e desenvolvimento: "para muitas destas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia tenham tornado o seu combate, e consequentemente sua grande redução, ou mesmo eliminação, independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhamento médico-sanitário de custo elevado" (Brasil, 1956, p.187).

É na perspectiva do otimismo e da modernização, ou seja, da possibilidade de realizar cinquenta anos em cinco, que uma peça eleitoral como o programa de Juscelino Kubitschek para a saúde deve ser compreendido. Ele afirmava a possibilidade de, com as novidades profiláticas e terapêuticas, se erradicarem determinadas "doenças de massas" independentemente de mudanças oriundas do desenvolvimento econômico do país. Contudo essas "balas mágicas" não eram suficientes – ou "não basta[va] combater as doenças" (Kubitschek, 1955a, p.33), isto é, reconhecia que o desenvolvimento e a modernização eram fatores fundamentais em qualquer programa de saúde.

NOTAS

* Este artigo, parte dos resultados de pesquisa apoiada pelo CNPq, é uma versão revista e ampliada de trabalhos apresentados na Oficina de Trabalho Patologias da Pátria, realizada em 18 e 19 de março de 2008 (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil) e no 30º Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (Granada, Espanha, 12-14 jun. 2008). Agradeço os comentários e críticas de Dominichi Miranda de Sá, Simone Kropf e dos pareceristas anônimos.

¹ Em sua conferência, o norte-americano Winslow (1955, p.106) colocava deste modo o problema: "La pobreza es causa de enfermedad y la enfermedad origina mayor pobreza, en un círculo vicioso. Por consiguiente, la salud pública es un problema que está relacionado íntimamente con el progreso económico y social que se logra en una colectividad dada".

² "A Mário Pinotti cujo trabalho no Ministério da Saúde tanto contribui para o progresso da medicina e da Saúde do povo brasileiro" (Pessoa, 1978).

³ É bastante provável que muitas partes do programa tenham sido escritas pelo próprio Pinotti. Existem passagens que são iguais às que aparecem em trabalhos e textos de Pinotti nos anos 50. A parte sobre malária do programa é baseada no estudo encomendado por Pinotti a René Rachou ainda em 1955 e publicado em 1956 na *Revista Brasileira de Malaria e Doenças Tropicais*, publicada pelo SNM até 1956, ano em que passou a ser editada pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (Rachou, 1956).

⁴ O primeiro ministro da Saúde de Kubitschek foi o médico, professor, literato e deputado Mauricio de Medeiros (jan. 1956–jul. 1958), do PSP de São Paulo, substituído por Pinotti (jul. 1958–ago. 1960). Cabe lembrar que Adhemar de Barros, líder do PSP, ex-prefeito da cidade de São Paulo e governador do estado de São Paulo, disputou a eleição contra Kubitschek, tendo sido o terceiro candidato mais votado em 1955. Após a posse de Juscelino, o PSP fez parte da coalizão de apoio ao presidente.

⁵ Essa característica de se apresentar como médico é claramente perceptível em discursos de Kubitschek como governador de Minas Gerais e depois como presidente. Ao falar sobre assuntos de medicina e saúde, ou para uma plateia de médicos ou profissionais de saúde, ele se apresentava como membro da classe médica: "que nunca deixei de ser, mesmo quando afastado do exercício da profissão". Em outras passagens, diz que só tinha "30% de profissional", pois a política o desviara da medicina. Ver, por exemplo, Quatro anos..., 1959, p.103, e "No Colégio Brasileiro de Cirurgiões ao ensejo da abertura do X Congresso Interamericano e V Congresso Brasileiro de Cirurgia" (Kubitschek, 1958). Devo esse comentário a Érico Silva Muniz, mestrandando do PPHCS/COC-Fiocruz. Biografia que celebra o médico Juscelino Kubitschek é a de Araújo, 2002.

⁶ “inválidos, exangues, esgotados, pela ancilostomíase e pela malaria, estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas, corroídos pela sífilis e pela lepra, devastados pelo alcoolismo, chupados pela fome, ignorantes, abandonados, ignorantes, sem ideal e sem letras...” (Pereira, 1922).

⁷ Sobre a decisão da OMS e da OSP e sobre o Programa de Erradicação da Malária ver Packard, 1998, Siddiqi, 1995 e Cueto, 2007a, 2007b)

⁸ Para uma resenha biográfica de Mário Pinotti ver Hochman, 2007. Para aspectos mais gerais de sua trajetória médico-política ver Silva, 2008.

⁹ Esse número de casos, mencionado em vários discursos presidenciais depois de 1945, não provinha de inquéritos ou censos nacionais. Parece ter sido fruto de um cálculo feito por João de Barros Barreto (1940, p.7-10) em 1940, que utilizou uma fórmula de John A. Sinton para a Índia aplicando-a ao caso brasileiro. As informações sobre essa redução drástica estão em Rachou (1956). Esses números elevados mantêm semelhança com os de Belisário Penna (1918, p.95), que calculava serem 40% da população brasileira vítimas da malária em 1918.

¹⁰ A varíola, um dos principais problemas sanitários brasileiros na Primeira República, não é sequer mencionada. Ela reapareceria na agenda durante o governo Kubitschek, a partir de um programa de erradicação global proposto pela União Soviética em 1958 (Hochman, 2009, p.238-242).

¹¹ ‘Bala mágica’, originalmente definida por Paul Ehrlich, remete à concepção de que certos produtos terapêuticos combateriam somente seu alvo específico deixando as demais células do organismo intactas.

¹² Categorias e os termos do Programa de Saúde foram adaptados.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Fernando. *Juscelino Kubitschek, o médico*. Belo Horizonte: RC Editora e Gráfica. 2002.
- ATHAYDE, Aramis. *Conferências pronunciadas em 1955 pelo ministro Aramis Athayde*. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde. 1957.
- BARRETO, João de Barros. *Malária, doutrina e prática*. Rio de Janeiro: Editora A Noite. 1940.
- BENEVIDES, Maria Victoria. *O governo Kubitschek: desenvolvimento econômico e estabilidade política, 1956-1961*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979.
- BIELSCHOWSKY, Ricardo. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: Ipea; Inpes. (Série PNPE, 19). 1988.
- BOJUNGA, Cláudio. *JK: o artista do impossível*. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. Rio de Janeiro, São Paulo: Cebes; Hucitec. (Saúde em debate). 1981.
- BRASIL. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República*. Rio de Janeiro, 1949. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1949.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção História e Saúde). 2006.
- CARDOSO, Miriam Limoeiro. *Ideologia do desenvolvimento, Brasil: JK-JQ*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Coleção Estudos Brasileiros, 14). 1977.
- CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. *O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade*. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.237-250. 1985.
- COUTO, Ronaldo Costa. *Brasília Kubitschek de Oliveira*. Rio de Janeiro: Record. 2001.
- CUETO, Marcos. *International health, the early cold war and Latin America*. *Canadian Bulletin of Medical History*, St. John's, v.25, n.1, p.17-41. 2008.

- CUETO, Marcos.
Cold war, deadly fevers: malaria eradication in Mexico, 1955-1975. Washington D.C.: Woodrow Wilson Center Press. 2007a.
- CUETO, Marcos.
The value of health: a history of the Pan American Health Organization. Rochester: University of Rochester Press. 2007b.
- DNERu.
Departamento Nacional de Endemias Rurais. *Combate a Endemias Rurais no Brasil* (Relatórios dos Grupos de Trabalho reunidos em 1960 na cidade do Rio de Janeiro). Brasília: Ministério da Saúde. 1962.
- DULCI, Otavio Soares.
Política e recuperação econômica em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG. 1999.
- ESCOBAR, Arturo.
La invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo. Bogotá: Editorial Norma. 1998.
- ESCOREL, Sarah.
Saúde pública: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. (Arenas do Rio). 2000.
- ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva.
História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento Populista. In: L. Giovanella et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes. p.333-384. 2008.
- FARLEY, John.
To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press. 2004.
- GARRET, Laurie.
A próxima peste: novas doenças num mundo em desequilíbrio. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1995.
- GOMES, Angela de Castro.
O Brasil de JK. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas. 2002.
- HOCHMAN, Gilberto.
Priority, invisibility and eradication: the history of smallpox and the Brazilian Public Health agenda. *Medical History*, London, v.53, n.2, p.229-252. 2009.
- HOCHMAN, Gilberto.
From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. *Canadian Bulletin of Medical History*, St. John's, v.25, n.1, p.201-232. 2008.
- HOCHMAN, Gilberto.
Mario Pinotti. In: Bynum, William F.; Bynum, Helen (Ed.). *Dictionary of medical biography.* v.4. Wesport: Greenwood Press. p.1013. 2007.
- HOCHMAN, Gilberto.
A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; Anpocs. 1998.
- KROPP, Simone.
Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.
- KUBITSCHEK, Juscelino.
Meu caminho para Brasília: [memórias]. Rio de Janeiro: Bloch Editores. 1974.
- KUBITSCHEK, Juscelino.
Discursos proferidos no primeiro ano de mandato presidencial, 1956. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional; Serviço de Documentação da Presidência da República. 1958.
- KUBITSCHEK, Juscelino.
Programa de saúde pública do candidato. São Paulo: L. Nicollini. 1955a.
- KUBITSCHEK, Juscelino.
Sentido democrático de uma campanha. Belo Horizonte: s.n. 1955b.
- LABRA, Maria Eliana.
1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: Teixeira, Sonia Fleury (Ed.). *Antecedentes da reforma sanitária.* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. p.9-36. (Textos de Apoio – Saúde). 1988.
- LAFFER, Celso.
JK e o programa de metas (1956-61): processo de planejamento e sistema político no Brasil. Rio de Janeiro: Editora da FGV. 2002.
- LATHAM, Michael E.
Modernization as ideology: American social science and 'nation building' in the Kennedy era. Chapel Hill: The University of North Carolina Press. 2000.
- LIMA, Nísia Trindade.
Um sertão chamado Brasil: intelectuais e interpretações geográficas da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan. 1999.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN Gilberto.
Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In Maio, Marcos C.; Santos, Ricardo V. (Ed.). *Raça, ciência e sociedade.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.23-40. 1996.

- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina O; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: a reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- MARSHALL, George C. *Address of welcome by the honorable George Marshall, secretary of State*. v.2. Washington D.C.: Government Printing Office (Department of State, publication 3246), p.1-4 (Proceedings of the Fourth International Congress on Tropical Medicine and Malaria, Washington D.C., may 10-18, 1948). 1948.
- MOREIRA, Vânia Maria Losada. *Brasília: a construção da nacionalidade – um meio para muitos fins*, 1956-1961. Vitória: Edufes. 1998.
- MYRDALL, Gunnar. Economics aspects of health. *Who Chronicle*, Geneva, v.6, n.7-8, p.224-242, 1952.
- PACKARD, Randall M. *The making of a tropical disease: a short history of malaria*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2007.
- PACKARD, Randall M. 'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia*, Roma, n.40, p.217-229. 1998.
- PACKARD, Randall M. Malaria dreams: postwar visions of health and development in the Third World. *Medical Anthropology*, New York, v.17, n.3, p.279-96. 1997.
- PACKARD, Randall M.; BROWN, Peter J. Rethinking health, development, and malaria: historicizing a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, New York, v.17, n.3, p.181-194. 1997.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.795-831. 2006.
- PENA, Maria Valéria J. Saúde nos planos governamentais. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n.16, p.69-96. 1977.
- PENNA, Belisário. *O saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora dos Tribunais. 1918.
- PEREIRA, Miguel. O Brasil é ainda um imenso hospital: discurso pronunciado pelo professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do professor Aloysio de Castro, da república Argentina, em outubro de 1916. *Revista de Medicina*, São Paulo, v.7, n.21, p.3-7. 1.ed., 1916. 1922.
- PESSOA, Samuel B. *Ensaios médico-sociais*. 2.ed. São Paulo: Cebes. 1978.
- PINOTTI, Mário. *Vida e morte do brasileiro*. São Paulo: Civilização Brasileira. 1959.
- PINOTTI, Mário. Novo método de controle da malária pelo emprego de medicamentos misturados ao sal de cozinha, utilizado na alimentação diária. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.241-6. 1953.
- Quatro anos... *Quatro anos no governo de Minas Gerais, 1951-1955: síntese das realizações do governador Juscelino Kubitschek de Oliveira*. Rio de Janeiro: Livraria J. Olympio. 1959.
- RACHOU, René. Atual estratégia da luta contra a malária. *Revista Brasileira de Malaria e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, n.4, p.3-25. 1956.
- RIBEIRO, Paulo Assis; FERREIRA, Manoel José; BRAGA, Ernani. Economic value of health. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.303-344. 1.ed., 1952. 1998.
- RIST, Gilbert. *The history of development: from western origins to global faith*. London: Zed Books. 2002.
- SIDDIQI, Javed. *World health and world politics: the World Health Organization and the UN system*. London: Hurst & Co. 1995.
- SILVA, Alexandra Melo e. Desenvolvimento e Multilateralismo: Um Estudo sobre a Operação Pan-Americana no Contexto da Política Externa de JK. *Contexto Internacional*, Rio de Janeiro, n.14, p.209-239. 1992.
- SILVA, Renato da. *Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961)*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
- SBH. Sociedade Brasileira de Higiene. *Anais do X*

Congresso Brasileiro de Higiene. Belo Horizonte, 19 a 25 de outubro de 1952. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais. 1953.

TOLEDO, Caio Navarro de.
ISEB: fábrica de ideologias. São Paulo: Editora Ática. 1977.

TULCHIN, Joseph S.
The United States and Latin America in the 1960s. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, n.30, p.1-36. 1988.

VIZENTINI, Paulo Fagundes.
A política externa do governo JK (1956-61).

In: Albuquerque, José Augusto Guilhon (Ed.). *Sessenta anos de política externa brasileira, 1930-1990: crescimento, modernização e política externa.* v.1. São Paulo: USP/Núcleo de Pesquisas em Relações Internacionais. p.231-251. 1996.

WINSLOW, Charles-E.A.
Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. (Publicaciones Científicas, v.16). 1955.

