White Rose Research Online

eprints@whiterose.ac.uk
https://eprints.whiterose.ac.uk
Universities of Leeds, Sheffield and York

Deposited via The University of York.

White Rose Research Online URL for this paper:
https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/67811/

Version: Published Version

Article:
Bhattacharya, Sanjoy (2008) Multifaceted contributions: health workers and smallpox eradication in India. Ciencia & saude coletiva. pp. 955-964. ISSN: 1413-8123

https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300017

Reuse
Items deposited in White Rose Research Online are protected by copyright, with all rights reserved unless indicated otherwise. They may be downloaded and/or printed for private study, or other acts as permitted by national copyright laws. The publisher or other rights holders may allow further reproduction and re-use of the full text version. This is indicated by the licence information on the White Rose Research Online record for the item.

Takedown
If you consider content in White Rose Research Online to be in breach of UK law, please notify us by emailing eprints@whiterose.ac.uk including the URL of the record and the reason for the withdrawal request.

Contribuições multifacetadas: trabalhadores da saúde e a erradicação da varíola na Índia

Multifaceted contributions: health workers and smallpox eradication in India

Sanjoy Bhattacharya [1]

Abstract *Smallpox eradication in South Asia was a result of the efforts of many grades of health-workers. Working from within the confines of international organisations and government structures, the role of the field officials, who were of various nationalities and also drawn from the cities and rural enclaves of the countries in these regions, was crucial to the development and deployment of policies. However, the role of these personnel is often downplayed in official histories and academic histories, which highlight instead the roles played by a handful of senior officials within the World Health Organization and the federal governments in the sub-continent. This article attempts to provide a more rounded assessment of the complex situation in the field. In this regard, an effort is made to underline the great usefulness of the operational flexibility displayed by field officers, wherein lessons learnt in the field were made an integral part of deploying local campaigns; careful engagement with the communities being targeted, as well as the employment of short term workers from amongst them, was an important feature of this work.*

Key words *Smallpox eradication, World Health Organization, South East Asia Regional Office of the World Health Organization, Vaccination, Immunisation*

Resumo *A erradicação da varíola no Sul da Ásia resultou dos múltiplos esforços de trabalhadores da saúde de vários níveis. Trabalhando a partir do interior de organizações internacionais e estruturas governamentais, o papel dos funcionários de campo, originários de várias nacionalidades e também provenientes de cidades e enclaves rurais dos países dessas regiões, foi crucial para o desenvolvimento e a distribuição de planos de ação. Entretanto, o papel desses funcionários é geralmente minimizado em histórias oficiais e acadêmicas que ressaltam, ao invés, os papéis desempenhados por um reduzido número de funcionários seniores dentro da Organização Mundial da Saúde e dos governos federais do subcontinente. Este artigo busca oferecer uma avaliação mais integral da complexa situação da erradicação da varíola. Nesse sentido, faz-se um esforço para sublinhar a grande utilidade da flexibilidade operacional apresentada pelos funcionários de campo, na qual as lições aprendidas no trabalho de campo tornaram-se parte integrante da distribuição de campanhas locais. Uma importante característica foi o cuidadoso engajamento com as comunidades-alvo, bem como a contratação por curtos períodos de pessoal dessas mesmas comunidades.*

Palavras-chave *Erradicação da varíola, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional do Sudeste Asiático da Organização Mundial de Saúde, Vacinação, Imunização*

[*] Tradução de Annabella Blyth, revisão técnica de Gilberto Hochman.

[1] The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL. 183 Euston Road, London NW1 2BE, UK. sanjoy.bhattacharya@ucl.ac.uk

Introdução

A erradicação global da varíola foi atestada por um comitê independente de especialistas em dezembro de 1979 e a declaração foi ratificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980. Amplamente reconhecido como um dos maiores triunfos médicos do século XX, a campanha de erradicação mundial da varíola é freqüentemente descrita em publicações oficiais de história e em alguns trabalhos acadêmicos em termos simplistas. O quadro apresentado é o de um programa unitário de ação, onde os muitos dentes da engrenagem aparentemente trabalhavam em quase perfeita harmonia, fazendo com que as ordens geradas no topo da pirâmide administrativa fossem implementadas sem questionamentos em localidades existentes em todo o planeta. Visto dessa perspectiva, as crenças e previsões de alguns poucos funcionários seniores teriam informado as ações de um grande número de trabalhadores em saúde de diferentes formações educacionais, nacionalidades, filiações políticas e gênero, ao longo de mais de uma década[1-3].

Este artigo busca mostrar que o direcionamento organizado para expurgar a varíola foi algo muito mais complicado e incoerente. A campanha, composta de numerosos programas multifacetados de saúde pública de âmbito nacional e regional, combinou o trabalho de várias agências não-governamentais com o trabalho de administrações nacionais, estaduais e municipais. Isso assegurou a participação de uma ampla gama de trabalhadores da saúde, de distintas origens educacionais e de treinamento, com níveis variados de lealdade a diferentes departamentos governamentais e polícias culturais e, talvez mais significativo, com noções bem desenvolvidas sobre a eficácia de tradições e práticas médicas específicas. Portanto, não é de surpreender que uma cuidadosa avaliação de documentos inéditos da OMS revele que a colaboração entre funcionários seniores da sede da organização, nos escritórios regionais e nos postos de campo, envolvesse demoradas negociações com numerosas instâncias de agências financiadoras, burocratas, políticos e, não menos importante, com trabalhadores de saúde. Isso, por sua vez, resultava em arranjos administrativos e financeiros complexos, que necessitavam ser re-estabelecidos a intervalos freqüentes. Em um nível, essa situação era causada pelo fato de que as discussões inter e intragovernamentais e os pacotes de ajuda delas resultantes, que vieram a se mostrar decisivos para o sucesso da erradicação da varíola, eram organizadas em bases bilaterais e multilaterais variadas. Vale lembrar que os funcionários da OMS geralmente estavam envolvidos nas negociações multilaterais, como iniciadores das negociações, testemunhas da implementação de acordos assinados e, por vezes, distribuidores apolíticos de recursos na forma de vacinas, *kits* de vacinação, dinheiro e pessoal. Em um outro nível, a renegociação contínua de relações de trabalho era um resultado direto da natureza altamente complexa do quadro dos trabalhadores da saúde. Enquanto alguns elementos dessa força de trabalho apoiavam o chamado da OMS para a erradicação global da varíola, outros eram apáticos ou abertamente hostis - eram necessárias habilidade e apatia para lidar com essa apatia e hostilidade -, e este artigo tentará demonstrar que, nem sempre, se alcançava com facilidade, ou até mesmo, completamente, o sucesso.

De fato, um exame detalhado dessas tendências revela que funcionários seniores da OMS e representantes de campo freqüentemente não detinham o controle do desdobramento dos imperativos das políticas, na medida em que uma variedade de desenvolvimentos internacionais, regionais, nacionais e locais ameaçava continuamente destruir os planos mais rigidamente elaborados. Freqüentemente, havia projetos que não fluíam ao longo de caminhos ainda desconhecidos, por que seus gestores eram constantemente forçados a se adaptar a problemas inesperados. Como conseqüência, freqüentemente os resultados almejados eram alcançados quase casualmente, surpreendendo até mesmo o pessoal de campo mais otimista e engajado. Uma apreciação de todas essas complexidades, que são repetidamente tratadas superficialmente em trabalhos acadêmicos disponíveis sobre o tema, não diminui a importância da erradicação da varíola. Ao contrário, ressalta a grandeza da realização, que muitos funcionários e políticos consideraram impossível durante as décadas de 1960 e 1970.

Comentário sobre a complexidade administrativa da OMS

As Nações Unidas surgiram logo após o final da Segunda Guerra Mundial e a Organização Mundial de Saúde foi instituída em 1948 como uma de suas principais seções especializadas. A sede da OMS foi estabelecida em Genebra e este órgão assumiu o papel de tentar ajudar no desenvolvi-

Ciência & Saúde Coletiva, 13(3):955-964, 2008

mento e coordenação da saúde pública e de esquemas médicos de modo global. Nos seus primeiros anos de constituição, essas atividades estavam dirigidas particularmente a regiões que haviam sido fortemente afetadas pela guerra e a países que haviam conseguido libertar-se das amarras do colonialismo; o objetivo anunciado era de desempenhar este trabalho em bases apolíticas[4].

Desde a sua concepção, a OMS tem sido uma estrutura administrativa complexa. Consiste de uma assembléia geral, o escritório de um diretor geral (DG) que se mantém em contato regular com um comitê consultivo relativamente bem articulado, e de igual importância, um amplo secretariado. A assembléia foi formada por representantes de todas as nações-membro, que se reuniam a intervalos regulares em Genebra para apresentação de propostas e para votarem a favor ou contra a sua implementação. Este corpo recebeu o poder, através da constituição da OMS, para pedir ao escritório do DG e seu comitê consultivo para desenvolverem planos detalhados de implementação de políticas e programas. Todos os planos elaborados eram, então, apresentados à assembléia e, depois, encaminhados à burocracia do secretariado para implementação. Isso, por sua vez, assegurava a formulação de numerosos planos na sede da OMS e seus vários escritórios regionais, à medida que trabalhadores associados a esses organismos, com formação, especialização e filiação institucional variada, freqüentemente apresentavam idéias sobre a melhor maneira de atingir diferentes metas[5].

Para aumentar a complexidade do que realmente foi a primeira etapa de implementação de políticas, departamentos no interior dos diferentes escritórios da OMS freqüentemente constituíam, em bases de colaboração ou outras bases, grupos de pesquisa formados por especialistas com o objetivo de elaborar modelos para a ação. Essas sugestões, que eram freqüentemente publicadas com a denominação de relatórios técnicos, não se tornavam automaticamente oficializadas como políticas gerais da OMS. Ao invés disso, representantes de organizações no campo eram freqüentemente orientados pelos gestores da OMS a darem maior atenção a algumas propostas do que a outras, na medida em que uma variedade de considerações políticas e econômicas tinha que ser incluída nos planos mais amplos da política de concepção e implementação. Um outro nível de complexidade operacional foi adicionado pelas experiências do pessoal de campo, que precisava trabalhar numa variedade de contextos regionais, nacionais e locais. De fato, à medida que esses funcionários – de distintas nacionalidades, raças, gêneros e perfis educacionais – se adaptavam a uma variedade de situações políticas, econômicas, sociais e médicas, eram obrigados a reinterpretar de inúmeras maneiras as políticas ditadas de modo centralizado. Ao fazê-lo, é surpreendente que os funcionários de campo da OMS fossem continuamente obrigados, por vezes contra a sua vontade, a buscar fontes locais de informação e ajuda. Essa assistência era buscada geralmente em estruturas políticas locais e segmentos do grupo social ao qual as políticas de saúde pública estavam sendo direcionadas. Esse conhecimento local e as atividades resultantes não estavam, é claro, sempre em acordo, na medida em que interesses variados competiam por reconhecimento e precedência, adicionando vários níveis de complexidade operacional às campanhas médicas e de saúde pública[6].

Cabe ressaltar que todos os escritórios regionais da OMS, seus departamentos e os representantes dos países que os compunham eram atores importantes na formulação e implementação de políticas no campo, o que tem sido ignorado na maioria dos trabalhos acadêmicos, que geralmente tendem a focar seja nas vozes de um reduzido número de pessoas baseadas em Genebra, seja nas resoluções da Assembléia Mundial da Saúde publicadas na sede da OMS após várias rodadas de cuidadosa edição. Isso talvez explique, também, por que as vozes significativas de trabalhadores da saúde nos níveis local e nacional, geralmente empregados por diferentes escritórios da OMS com base em contratos curtos, de duração variada, quase não apareçam em escritos históricos que abordam diferentes campanhas de saúde. Não é necessário dizer que esta é uma grave lacuna, pois as opiniões e ações desses empregados, que geralmente estavam em contato com políticos e burocratas locais, atuando no dia-a-dia como intermediários fundamentais entre estes e uma gama de trabalhadores internacionais da OMS, são um elemento crucial da história do desdobramento de projetos patrocinados, geridos ou estimulados pela sede da OMS e os escritórios regionais. É difícil obter acesso a essas vozes significativas, pois requer um trabalho articulado em uma variedade de arquivos, assim como uma disposição para procurar escritos pessoais e conversar com trabalhadores da OMS de todas as categorias (às vezes em outros idiomas que não o inglês). Entretanto, tais dificuldades não deveriam ser usadas por historiadores como justificativa para a elaboração de estudos parciais, que abordam somente a ação

de um número muito reduzido de administradores seniores da OMS.

O progresso desigual do programa nacional de erradicação da varíola na Índia

A independência indiana do jugo britânico em 1947 trouxe à tona inúmeras esperanças de amplas reformas. O tema da melhoria geral das condições de saúde ocupou um lugar central nas discussões no interior do governo e fora dele, por ser visto por muitos comentaristas como sendo uma base necessária de empoderamento social e econômico. Apesar da existência de muitas visões e prescrições nesse aspecto, o primeiro governo da Índia, liderado pelo primeiro-ministro Jawarharial Nehru, optou por apoiar um modelo de reforma proposto por Sir Joseph Bhore. O chamado Relatório Bhore recomendava uma completa reorganização dos serviços de saúde, direcionada à unificação da medicina preventiva e curativa, através do desenvolvimento gradual de um quadro de trabalhadores multifuncionais de saúde[7].

A implementação das recomendações de Bhore seria sempre uma corrida ladeira acima. O relatório, encomendado pelas autoridades coloniais durante a Segunda Guerra Mundial, foi apresentado quando a Índia Britânica estava sendo desmantelada, com um certo grau de confusão, pouco antes de o território ser transformado nas nações independentes de Índia e Paquistão[8]. A divisão pós-colonial de recursos e território, e a guerra pela disputa territorial da Caxemira, levaram a que os escassos recursos fossem negados para a expansão dos serviços de saúde em geral[6]. Diante de tal carência de recursos, que impedia o desenvolvimento em larga escala de um novo quadro de trabalhadores da saúde, a estratégia das autoridades federais foi defender o re-treinamento do corpo de empregados existente e envolvido em todos os tipos de campanhas de saúde pública e medicina geral nos diferentes estados indianos[9].

Entretanto, essa ordem era mais fácil de ser elaborada no papel do que ser efetivamente implementada no campo. Vários fatores impediram o sugerido re-treinamento e conversão em trabalhadores multifuncionais da saúde daqueles que estavam envolvidos em trabalhos especializados. A política geral de saúde, de acordo com a nova constituição indiana, era controlada pelos governos dos estados, eleitos democraticamente. Nos dez primeiros anos após a independência, Nehru e Amit Kaur, o primeiro ministro federal da saúde da Índia, de modo geral respeitaram esta injunção constitucional (no entanto, as autoridades federais de saúde freqüentemente usaram do seu direito de intervir nos territórios estaduais durante surtos epidêmicos de doenças infecciosas). Esses arranjos administrativos demonstraram fazer sentido em uma situação em que as visões de reforma do governo federal e dos governos estaduais raramente coincidiam diante do contínuo déficit de recursos financeiros, assim como de diferentes objetivos políticos, sociais e econômicos[6,9].

Na década seguinte a 1940, surgiram variações regionais marcantes no atendimento à saúde, na medida em que os governos obtiveram seus próprios orçamentos e os meios para alocá-los. Progressivamente, os governos se tornaram reféns de uma variedade de considerações eleitorais e, em muitos casos, de pântanos burocráticos que davam margem ao uso oficial indevido de fundos disponíveis. Não é necessário dizer que alguns estados – e localidades dentro deles – eram mais afetados por esses problemas estruturais do que outros, mas a prevalência dessas tendências apenas aumentava a natureza desigual do acesso aos serviços de saúde em todo o país[9,10]. A politização dos quadros de trabalhadores criou complicações ainda maiores para os gestores de saúde. Isso influenciava o trabalho em uma infinidade de maneiras – mesmo nos estados e localidades onde os gestores queriam forçar a realização de regimes de retreinamento, a sindicalização dos grupos de trabalhadores em saúde retardava esses esforços, modificava planos inteiramente ou, às vezes, até bloqueava reorganizações planejadas. As negociações entre agências governamentais e sindicatos de trabalhadores da varíola eram um exemplo bastante representativo. Enquanto as autoridades federais – e aqueles que as apoiavam nas administrações estaduais – faziam crescentes esforços para ampliar as responsabilidades dos vacinadores, os representantes sindicais obtinham sucesso ao fazerem demandas estritas em relação a salários e direitos de aposentadoria antes que fossem iniciados os esquemas de re-treinamento. Entretanto, o incremento das folhas salariais causou quedas orçamentárias em quase todos os estados, o que, ironicamente, causou atraso de vários programas, incluindo aqueles que tinham o objetivo de treinar vacinadores contra a varíola para desempenharem uma gama de outros serviços de saúde[11-14].

Esse era o contexto no qual as discussões sobre a possibilidade da erradicação da varíola tiveram início entre as autoridades federais indianas

Ciência & Saúde Coletiva, 13(3):955-964, 2008

e a sede da OMS em Genebra[15]. Desde o começo, havia indicações claras de que essas negociações não seriam fáceis. Além dos desentendimentos entre a sede da OMS e o South East Asia Regional Office (SEARO - Escritório Regional para o Sudeste Asiático) em relação ao formato e à implementação de políticas, também estava claro que o Ministério da Saúde indiano estava longe de estar unido no seu apoio a um programa que poderia, potencialmente, eliminar a varíola do país. Para complicar a situação, os representantes da OMS e do SEARO que tinham contato com os funcionários em Nova Deli perceberam que o ministério não estava disposto – e, em vários aspectos, não tinha capacidade – de ditar, às diferentes autoridades estaduais, a forma que o trabalho cotidiano deveria tomar. Pesquisas revelaram que sérias dificuldades foram causadas tanto pela fragmentação da opinião dos políticos e dos burocratas de diferentes setores da administração indiana, quanto pela grande diversidade nos níveis de educação e treinamento de trabalhadores que deveriam tornar o esquema possível[15,16].

De fato, é nesse contexto de avaliação das diferenças regionais - em dimensão, estrutura e qualidade dos serviços de saúde -, que alguns funcionários do governo federal indiano, que apoiavam o desenvolvimento de um esforço para erradicar a varíola, ressaltaram os riscos do desenvolvimento de uma estratégia unificada para o país inteiro. Ao passo que suas preocupações parecem ter sido ignoradas durante a maior parte da década de 1960, à medida que os chamados "projetos pilotos" começaram a ser implementados, em quase todos os estados a sabedoria dos seus alertas logo se tornaram óbvias. Avaliações de experiências de campo mostraram que os alvos da vacinação não foram atingidos, os orçamentos foram superestimados e o retorno da varíola de forma epidêmica não foi evitado. E, ainda mais importante, relatórios revelam que as políticas ditadas para todo o país, que naquele momento eram apenas parcialmente baseadas em recomendações recebidas da sede da OMS, estavam sendo reinterpretadas em uma infinidade de maneiras diferentes por trabalhadores da saúde posicionados no campo, em resposta a uma pletora de condições técnicas, políticas, sociais e econômicas. Vale notar que avaliações da situação registraram que médicos e trabalhadores locais de saúde pública freqüentemente se recusavam a dar à vacinação em massa contra a varíola a importância desejada por algumas pessoas em Nova Deli. Assim, muitos continuavam a se concentrar nas suas responsabilidades cotidianas, depois de definirem suas próprias prioridades em relação à alocação de recursos e de tempo[6,17].

A continuação dessas tendências trouxe à tona significativas reformas em 1967, tanto no âmbito dos escritórios da OMS quanto no âmbito do governo indiano. A sede da OMS, por seu lado, reconheceu a necessidade de investir mais recursos financeiros no programa indiano de erradicação da varíola, à medida que o interesse do governo federal estava se enfraquecendo. A promessa de ingresso de dinheiro, estoques de vacina e pessoal assegurou a contínua participação indiana e até incentivou a troca de pessoal em Nova Deli – o Diretor-Geral de Serviços de Saúde foi substituído por uma pessoa que, pelo menos na visão de funcionários da OMS, possivelmente seria mais cooperativa. Mesmo assim, essas mudanças não trouxeram melhoria imediata na cobertura vacinal e nos resultados. Ao contrário, criou mais preocupações, à medida que relatórios elaborados por funcionários estrangeiros, que receberam permissão do governo indiano para percorrer o país e inspecionar o programa que estava sendo implantado em vários estados, ressaltaram os muitos problemas da campanha[18].

Em 1970, também ficou claro que os trabalhadores de saúde locais, de diferentes especialidades, vínculos e níveis, não estavam de modo algum unidos na vontade de apoiar o esforço para eliminar a varíola. Os epidemiologistas e vacinadores internacionais e indianos que percorriam o país encontravam hostilidade por parte de funcionários locais, que se ressentiam da crescente supervisão das suas atividades. Isso afetou negativamente o trabalho de várias maneiras. Muitos trabalhadores locais freqüentemente se recusavam a adotar novos métodos de trabalho em relação à busca, notificação e isolamento dos casos de varíola, bem como a adotar os novos métodos de vacinação. Isso foi evidenciado pelo uso continuado de técnicas de vacinação em massa em várias localidades, sempre que havia pressão sobre os funcionários de saúde pública para apoiar o programa nacional de erradicação da varíola. Não é necessário dizer que tal situação se apresentava em completo contraste com a estratégia de busca e bloqueio amplamente prescrita a partir dos escritórios da OMS em Genebra e Nova Deli, que esperavam, assim, incentivar a detecção de casos e a vacinação seletiva dentro de raios de ação prescritos. Neste sentido, é importante reconhecer a falta de unidade operacional entre funcionários alocados em campo pela OMS, num contexto em que se continuava a acreditar na utilidade da vacinação em massa e em que per-

sistiam os desentendimentos sobre o âmbito geográfico requerido para a imunização de populações localizadas no entorno de casos de varíola. Essas tendências engendraram amplas variações nas crenças e ações dos trabalhadores da saúde espalhados pela enorme quantidade de localidades que formavam a República da Índia. Enquanto alguns apresentavam níveis variáveis de boa-vontade para apoiar a campanha de erradicação, outros demonstravam hostilidade, explicitando-a através do descontentamento político e social sobre aspectos do programa[19].

Todas essas correntes causaram profundo impacto nas atividades financiadas pela OMS na Índia na década de 1970. A desigualdade na assistência oferecida por trabalhadores da saúde indianos alocados nas diferentes localidades motivou a equipe de erradicação da varíola baseada no escritório regional da OMS (SEARO) a trabalhar com seus aliados no governo indiano para desenvolver uma força-tarefa semi-independente, que iria realizar inspeções e qualquer vacinação necessária em pontos problemáticos em diferentes estados. Baseado em um amálgama de trabalhadores internacionais, funcionários indianos transferidos do governo federal, dos estados e municípios, estudantes de medicina de todo o país e, não menos importante, pessoas provenientes de cidades secundárias e pequenas onde o trabalho deveria ser realizado, essa equipe começou a trabalhar de modo bastante independente do pessoal da área médica e da saúde pública que era empregado pelo Estado. Quando alguma crise era identificada, o apoio do governo era negociado – e por vezes demandado através do gabinete do Primeiro-Ministro indiano -, e a imunização obrigatória era considerada como uma possibilidade durante as buscas detalhadas em vilarejos urbanos e rurais de uma determinada região. O uso da força nas campanhas de erradicação da varíola no Sul da Ásia foi brilhantemente estudado por Paul Greenough; entretanto, ele minimiza o nível de participação nacional nessas campanhas e o papel de funcionários da OMS na mobilização desse apoio[20,21].

O trabalho dessa nova força-tarefa, multinacional e com múltiplas habilidades, que foi desenvolvido na base do aprendizado prático de lições difíceis e inesperadas, foi fundamental para que a varíola fosse erradicada da Índia. De fato, o conhecimento advindo dos membros das comunidades locais foi essencial para alcançar esse sucesso, pois contribuiu para que as equipes itinerantes pudessem ser flexíveis de maneiras muito significativas. Vários comentaristas ressaltaram a importância da flexibilidade operacional apresentada pelas equipes compostas por trabalhadores internacionais e indianos que atuaram no campo. Mais importante foi, talvez, a coleta e o registro de informações locais, fornecidas por aliados engajados originários de áreas onde foram implementados a busca intensiva, a contenção e os programas de imunização[22,23].

Agências da OMS e a erradicação da varíola: algumas generalizações

O número relativamente reduzido de funcionários da OMS que, no início da década de 1960, começou a discutir as perspectivas para a erradicação global da varíola, alimentava fortemente a esperança de que seria uma campanha de cima para baixo, na qual a sede em Genebra – e, particularmente, determinados departamentos – teria condições de estabelecer uma campanha geral. Por exemplo, eram apresentadas recomendações sobre como a imunização deveria ser feita, que tipo de vacina deveria ser usada e como avaliar o sucesso da erradicação. Entretanto, essa experiência logo revelou suas armadilhas, por se acreditar que se poderia automaticamente assumir essa liderança intelectual e técnica. Os representantes nos escritórios regionais da OMS levantavam numerosos questionamentos sobre as propostas enviadas de Genebra e ressaltavam sua certeza de que todas as diretrizes teriam que ser adaptadas às condições locais. Essas características de "localidade" eram apresentadas como sendo tão desafiadoras quanto inconstantes, o que, por sua vez, conforme argumentavam, significava que a implementação do programa requeria freqüente realinhamento, na medida em que os acordos com diferentes governos nacionais eram estabelecidos, reconfigurados ou abandonados.

Significativamente, como vimos, em outros níveis administrativos também havia desentendimentos sobre como uma campanha global para a erradicação da varíola poderia ser organizada e implementada. Planos que eram apresentados como uma boa idéia por um grupo de trabalhadores da OMS em um determinado escritório regional eram quase rotineiramente desafiados tanto de dentro quanto de fora da sua organização. A crítica advinda de um outro escritório regional era em geral bastante estridente, na medida em que funcionários da OMS ali alocados faziam questão de ressaltar a necessidade de desenvolver localmente planos específicos. Os desentendimentos dentro da complexidade das

Ciência & Saúde Coletiva, 13(3):955-964, 2008

estruturas da OMS se tornavam cada vez mais marcantes, na medida em que o que era definido como constituindo a "localidade" expandia-se a partir das estruturas governamentais localizadas em determinadas capitais nacionais para o âmbito político e social dos municípios, distritos e vilarejos em cuja administração as políticas de imunização iriam, de fato, acontecer.

O subcontinente sul-asiático, que era o foco do programa de erradicação global no final da década de 1960 e de 1970 devido à alta incidência da varíola na região, era um bom caso em questão. Funcionários da OMS que mantinham contato com representantes dos governos nacionais da Índia, do Paquistão, Nepal, Sri Lanka, Butão, Birmânia e, mais tarde, Bangladesh – e, portanto, conscientes das grandes expectativas e tensões existentes nessas formações multifacetadas - se recusavam a aceitar cegamente as ordens provenientes de Genebra relativas à implementação de estratégias específicas de imunização e de padrões de uso de vacinas. As sugestões da sede da OMS eram freqüentemente questionadas e havia discussões dentro dos escritórios regionais sobre como os ditames de Genebra deveriam ser reestruturados para ir ao encontro das inúmeras necessidades locais. Essas tendências eram perceptíveis dentro do Escritório Regional do Mediterrâneo Leste (EMRO) que lidava com o Paquistão e do Escritório Regional do Sudeste Asiático (SEARO), encarregado de trabalhar com os outros governos subcontinentais (incluindo Bangladesh após 1971). Uma avaliação de todas essas discussões, usando como fonte telegramas, cartas e relatórios inéditos disponíveis nos vários arquivos da OMS, revela que funcionários alocados em diferentes níveis e departamentos dos escritórios regionais continuaram a defender seus pontos de vista totalmente díspares até o momento em que a erradicação global da varíola foi formalmente certificada.

Como era de se esperar, a prevalência de muitas idéias sobre como o trabalho deveria ser desenvolvido nos Escritórios Regionais - SEARO e EMRO - influenciaram as diferentes maneiras como as políticas de erradicação eram implementadas. Do mesmo modo como a sede da OMS em Genebra não era um corpo monolítico, também os escritórios regionais não o eram. Alguns funcionários eram mais entusiasmados do que outros com relação à meta da erradicação da varíola, e as divergências sobre as políticas de implementação eram ainda mais acirradas pelo fato de que os diretores regionais demonstravam abertamente sua autonomia ao buscarem reconfigurar as diretrizes recebidas da sede da OMS, em geral com base na própria compreensão de quais eram as necessidades locais. Essa variedade em relação ao apoio burocrático no interior da OMS era freqüentemente identificada em documentos internos e inéditos com sendo um empecilho ao desenvolvimento do programa como um todo. Isso contribui para explicar por que as estruturas do SEARO foram reorganizadas na década de 1970, num esforço claro de assegurar interações diretas e fluidas entre a Unidade de Erradicação da Varíola chefiada por Donald Henderson em Genebra e os funcionários de campo na região. Notavelmente, esse esforço tomou a forma da estruturação de uma unidade em Nova Deli, no interior do SEARO, chefiada por Nicole Grasset, e respondendo diretamente a Henderson e sua equipe, e à qual foi dado acesso a fundos especiais doados por várias agências doadoras (a Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional foi o principal contribuinte para os custos da chamada fase intensificada de atividade na Índia e em Bangladesh a partir de 1973). O objetivo parece ter sido contrapor-se ao então diretor regional do SEARO, que se opunha ao modo como o programa da varíola estava sendo gerido no Sul da Índia, e desenvolver uma força-tarefa relativamente independente formada por uma variedade de trabalhadores provenientes de países membros da OMS, tanto internacionais quanto do Sul da Ásia.

Essa reorganização de pessoal também ajudou de outras maneiras. Por exemplo, como observado na seção anterior, permitiu o influxo de uma miscelânea de idéias advindas do campo sobre como efetivamente adaptar o trabalho a uma variedade de condições locais. Este *input*, de valor incalculável, foi alocado nas mãos de gerentes baseados em Genebra e Nova Deli, que estavam dispostos a evitar a imposição de cima para baixo das políticas ditadas de modo centralizado, a negociar com a população-alvo, e, não menos importante, a adaptar o trabalho para atender às questões locais e inovar em relação à gestão das chamadas estratégias de busca e bloqueio, que eram centrais nas campanhas da década de 1970. De fato, permitiu às equipes de trabalhadores internacionais e locais, que em geral eram alocados em grupos formados por pessoal de várias nacionalidades (o governo indiano insistia nesse tipo de composição antes de permitir que epidemiologistas estrangeiros trabalhassem no país), responderem rapidamente a uma diversidade de crises e necessidades sociais, políticas e econômicas locais. Também contribuiu imensamente o fato de que

não era necessário obter inúmeras liberações burocráticas para as finanças controladas pelo diretor regional e os governos nacionais, o que propiciava uma enorme economia de tempo e uma maior flexibilidade.

Isso não quer dizer que a oposição, existente tanto no interior das agências da OMS quanto nos complexos contextos políticos nacionais, tivesse desaparecido completamente ao longo do tempo. De fato, continuaram a existir bolsões de hostilidade, freqüentemente intensa, numa situação em que os diretores regionais mantinham poderosas alianças políticas dentro e fora das fronteiras nacionais. Essa hostilidade era composta pelo grande poder exercido pelas críticas existentes dentro dos governos do Sul da Ásia nos níveis nacionais, estaduais e municipais, em seus vários departamentos, bem como pelas dúvidas alimentadas por alguns setores da sociedade sobre a eficácia da vacinação. Surpreendentemente, nem todos os funcionários da saúde e médicos apoiavam a erradicação da varíola, pois muitos consideravam a meta inatingível e, portanto, um desperdício de recursos escassos. Com freqüência, surgiam gargalos administrativos, à medida que os planos sugeridos pelas unidades de erradicação da varíola em Genebra e Nova Delir eram questionados e, por vezes, bloqueados em diferentes níveis administrativos no Sul da Ásia. Essas tendências provocaram desafios vitais numa situação em que funcionários da OMS tinham níveis variados de acesso a diferentes territórios nacionais. Cabe ressaltar que esses problemas somente podiam ser superados mediante negociações com políticos e burocratas de todos os segmentos (incluindo membros da oposição política), bem como membros da população-alvo. Como mencionado acima, os trabalhadores internacionais não podiam simplesmente viajar para as capitais nacionais e, de lá, se dispersarem como quisessem. Em todos os casos, era necessário obter de uma autoridade federal do país o visto de entrada e a permissão de trabalho, com exigência de documentação adicional para visitar enclaves com situação politicamente delicada (a Área de Fronteira Noroeste da Índia, como era chamada a região próxima às fronteiras com a China, era um desses casos, assim como era, na década de 1970, a altamente perturbada fronteira da Índia com Bangladesh).

O resultado, portanto, era uma variedade de distintos planos e padrões de trabalho, em uma multiplicidade de áreas urbanas e rurais. A coexistência era desconfortável e, às vezes, o conflito tornava-se explícito, devido à influência de uma variedade de fatores administrativos, econômicos e sociais, com a ocorrência de situações que requeriam soluções cuidadosas, obtidas através de negociações diplomáticas delicadas, levadas a cabo por trabalhadores da OMS em associação com seus aliados nos governos locais e nacionais. Por vezes, usava-se a força para contrapor a oposição à vacinação associada à busca e aos regimes de confinamento, mas esses eram casos excepcionais e não a norma. Mais uma vez, essas iniciativas não podiam ser realizadas pelo pessoal da OMS isoladamente, pois era grande o perigo de uma reação social e política violenta. A troca de correspondência, inédita, entre a OMS e os governos sobre as campanhas de imunização obrigatória sugere ter havido um cuidadoso planejamento, com a sincronização de esforços entre funcionários das organizações, políticos do Sul da Ásia de todas as posições e colorações e, não menos importante, a participação de forças militares, paramilitares e policiais nacionais e locais (ligações que foram, em geral, subestimadas por todos os envolvidos, depois que a erradicação da varíola foi alcançada). Foi uma combinação de todas essas iniciativas que permitiram a erradicação da varíola no Sul da Ásia, que, por sua vez, em última instância, foi crucial para a eliminação definitiva da doença globalmente.

Conclusões

A erradicação global da varíola foi, em todos os sentidos, uma enorme conquista. Reconhecer que essa meta foi alcançada com o enfrentamento de enormes dificuldades, que freqüentemente emanavam do interior de todas as organizações envolvidas no programa, não diminui em nada aquela realização. Entretanto, serve para lembrar que os estudiosos deveriam evitar serem levados pelas narrativas heróicas, muitas vezes complexas e sofisticadas, que tendem a predominar nas histórias oficiais após a certificação da erradicação[24-26]. Os historiadores devem ser igualmente cuidadosos com relação a confiarem excessivamente em relatórios publicados durante as etapas iniciais do programa, pois estes tendem a oferecer a visão de poucas pessoas, que esperavam, em geral em vão, que suas recomendações fossem implementadas no campo. Como este artigo procura mostrar, a realidade no campo era sempre, significativamente, mais complicada. E esta complexidade somente pode ser realmente revelada a partir de uma cuidadosa análise de documentos inéditos que tratam das discussões coti-

Ciência & Saúde Coletiva, 13(3):955-964, 2008

dianas sobre as políticas de saúde. Estes documentos são úteis, precisamente, porque revelam as visões e ações de milhares de gestores de campo e trabalhadores da saúde que contribuíram para a erradicação da varíola. Sua habilidade para estudar e se adaptar a uma pletora de condições locais foi crucial para um resultado definitivo e, portanto, merece reconhecimento.

Analisar as agendas intelectuais, políticas e sociais de um número reduzido de funcionários seniores da OMS é válido, desde que não se chegue à conclusão que todos os outros associados ao programa eram destituídos de intelecto e da habilidade de fazer a diferença na formatação e implementação da política. As visões dos diretores gerais da OMS, de seus assessores e demais chefes dos programas de controle de doenças são, sem dúvida, importantes. Porém, é importante lembrar que suas visões não eram estáticas, nem capazes de ditar a gestão cotidiana de uma organização altamente complexa. Ao mesmo tempo, seria um descuido do historiador que busca estudar o complexo jogo entre forças globais, regionais, nacionais e locais, ignorar as complicadas redes políticas com as quais diferentes componentes da OMS tinham que lidar no dia-a-dia, freqüentemente por meio dos escritórios de funcionários empregados localmente com base em uma variedade de contratos de curto prazo.

A tentativa aqui é de enfatizar a diferença entre a teoria e a prática. É de suma importância a necessidade de distinguir entre a retórica oficial da sede da OMS e dos escritórios regionais e a natureza do trabalho de fato executado em uma variedade de situações de campo, com a assistência ativa de uma ampla gama de trabalhadores da saúde. Isso permitiria a elaboração de uma história mais integral das campanhas de saúde implementadas em escala global, que foram – e continuam a ser – dependentes da assistência de numerosos atores políticos e sociais locais. E, ao contrário das análises superficiais e repletas de jargões sobre os pensamentos e ações de uns poucos funcionários seniores da OMS, uma análise aprofundada da complexidade das organizações de saúde global e suas articulações com governos nacionais e locais pode, de fato, oferecer uma compreensão útil para a gestão de programas de saúde da atualidade. Independentemente de qualquer outro aspecto, o exame cuidadoso da implementação de políticas de saúde poderia sugerir que as profundas diferenças entre programas verticais e horizontais de saúde, às quais aludem com freqüência os analistas que tomam como base fontes publicadas, são menos marcadas do que em geral se assume. De fato, exigências locais de infraestrutura e experiências de campo freqüentemente forçaram desenvolvimentos que tornaram pouco nítidos os limites entre medicina preventiva e curativa. Este aspecto deve ser lembrado, no momento em que a renovada ênfase da sede da OMS quanto à regeneração mundial das estruturas de atendimento primário à saúde tem levantado discussões interessantes, tanto dentro quanto fora da organização, sobre a sua habilidade de realizar mudanças significativas nos países desenvolvidos, menos desenvolvidos e em desenvolvimento.

Agradecimentos

Este artigo é resultado de pesquisa financiada pela Medical Humanities section do Wellcome Trust. Agradeço a Sangeeta Chawla e Paul Greenough pelos comentários, mas permaneço responsável por qualquer erro na interpretação.

Referências

1. Basu RN, Jesek Z, Ward NA. *The eradications of smallpox in India*. New Delhi: WHO/SEARO; 1979.
2. Naraindas H. Crises, Charisma and Triage: Extirpating the pox. *Indian Economic and Social History Review* 2003; 40(4):425-458.
3. Banerji D. Landmarks in the development of health services in India. In: Qadeer I, Sem K, Nayar KR, editors. *Public Health and the poverty of reforms: the South Asian predicament*. New Delhi: Sage; 2001. p. 109-114.
4. Chisholm B. The World Health Organization. *BMJ* 1950; 1(4661):1021-1027.
5. Peabody JW. An organizational analysis of the World Health Organizations: narrowing the gap between promise and performance. *Social Science and Medicine* 1995; 40(6):731-742.
6. Bhattacharya S. *Expunging variola: the control and eradication of smallpox in India, 1947-1977*. New Delhi: Orient Longman; 2006.
7. Bhore J. *Report of the Health Survey and Development Committee*. London: British Library/Oriental and India Office Collections; 1946.
8. Bhattacharya S, Zachariah B. A Great Destiny: The British Colonial State and the Advertisement of Post-War Reconstruction in India, 1942-45. *South Asia Research* 1999; 19(1):71-100.
9. Government of India. *Report, Director-General of Health Services: 1957*. New Delhi: Government of India Press; n/a.
10. Government of India. *Report of the Ministry of Health, Government of India: 1956-57*. New Delhi: Government of India Press; n/a.
11. Government of India. *Medical Research in the Second Five Year Plan*. New Delhi: Government of India Press; 1955.
12. Letter from Director of Public Health, Government of Bombay, to Secretary, Local Self Government Department, Bombay. Letter dated 4 October 1949. LSG & PHDF No. 2072/33 IV of 1950, D Branch. Mumbai: Maharashtra State Archives.
13. Padture MA, President, BPRVA, Pune. Letter to Gilder MD, Minister of Public Health, Government of Bombay, 8 December 1949. LSG & PHDF No. 2072/33 IV of 1950, D Branch. Mumbai: Maharashtra State Archives.
14. Government of Bombai. Resolution nº 2072/33. LSG & PHD, Government of Bombay, 10th March 1953, LSG & PHD File No. 2072/33 VI of 1951, D Branch. Mumbai: Maharashtra State Archives.
15. Central Expert Committee on smallpox and cholera held jointly with the representatives of the States Expert Committees on smallpox and cholera, New Delhi, 16th to 19th February 1959. File SPX-1'-IND (Vol. 2), Box 545. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives. [Confidential report]
16. Payne AAM, Assistant Director General, WHO HQ. Memorandum to WHO SEARO, New Delhi, 11th June 1958. File SPX-1-IND, Box 545, WHO/SEA; Memorandum from WHO SEARO, New Delhi to WHO HQ, Geneva, 14th July 1959. File SPX-1-IND (Vol. 2), Box 545. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
17. Memorandum from WHO SEARO, New Deli to WHO HQ, Geneva, 14th July 1959; Memorandum nº 32/89/6, from Saenz, WHO HQ, Geneva, to Regional Director, WHO SEARO, New Delhi, 25th September 1959; Memorandum from Regional Director, WHO SEARO, to Dr. W. Bonne, Director, Division of Communicable Diseases, WHO HQ, Geneva, 18th August 1961. File SPX-1-IND (Vol. 2), Box 545. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
18. Raksa K, Director, Division of Communicable Disease, WHO HQ, Geneva. Confidential letter to Payne AMM, Assistant Director General, WHO HQ, 5th April 1957; letter from D.A. Henderson, Chief, Smallpox Eradication Unit, WHO HQ, Geneva, to Regional Director, WHO SEARO, New Delhi, 4th August 1967; Nelya Maltseva, 'Report on a visit to five smallpox affected districts of Maharashtra, 8-20 April 1967; letter from Henry Gelfand, Consultant, WHO SEARO, to D.A. Henderson, Chief, Smallpox Eradication Unit, WHO HQ, Geneva, 13th October 1967; Memorandum from D.A. Henderson, Chief, Smallpox Eradication Unit, WHO HQ, Geneva, to Regional Director, Who SEARO, New Delhi, 24th July 1968. File 416, Box 193. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
19. Grasset N, Regional Advisor, Smallpox Eradication Unit, WHO SEARO, New Delhi. Letter to D.A. Henderson, Chief, Smallpox Eradication Unit, WHO HQ, Geneva, 15th September 1972, and personal letter from Z. Jezek, Consultant, WHO SEARO, New Delhi, to D.A. Henderson, Chief, Smallpox Eradication Unit, WHO HQ, Geneva, 18th May 1973. File 830, Box 194. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
20. Grasset N, Regional Advisor, Smallpox Eradication Unit, WHO SEARO, New Deli. Letter to D.A. Henderson, WHO HQ, Genebra, 15th September 1972. File 830, Box 194. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
21. Greenough P. Intimidation, Coercion and Resistance in the Final Stages of the South Asian Smallpox Eradication Campaign, 1973-75. *Social Science and Medicine* 1995; 41(5):633-645.
22. Dutta M. Snakes and ladders: an untold story of the fight against smallpox in India. [Mimeo]
23. Minutes of the third progress review meeting of the states/territories of the Eastern region, c.1974. File 834, Box 199. Genebra: OMS/Smallpox Eradication Programme Archives.
24. Bounsulo D. *Decline and fall of the smallpox empire*. Panjim: Publicação do autor; 1996.
25. Brilliant L. *The management of smallpox eradication in India*. Ann Arbor: University of Chicago Press; 1985.
26. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jesek Z, Ladnyi ID. *Smallpox and its eradication*. Geneva: WHO; 1998.

Artigo apresentado em 10/09/2007
Aprovado em 17/12/2007
Versão final apresentada 04/04/2008