

ARTIGO

A SAÚDE NA ÁFRICA PORTUGUESA SOB O ESCRUTÍNIO DE PERITOS BRASILEIROS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1958-1966

EWERTON LUIZ FIGUEIREDO MOURA DA SILVA

Doutor pelo programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisador de Pós-Doutorado na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e bolsista FAPESP (Processo nº 2023/04027-2, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0652-5356>

RESUMO: Este estudo analisa duas visitas de peritos brasileiros da OMS às colônias africanas de Portugal, ocorridas entre 1958 e 1962. Os peritos em questão, Manoel José Ferreira e Ernani Braga, contribuíram, respectivamente, para a elaboração de um plano de combate à malária em Moçambique e para a avaliação da situação sanitária em Angola, Guiné e Moçambique. As visitas geraram a produção de relatórios, utilizados como fontes primárias para a construção deste artigo, com impressões sobre as condições dos serviços de saúde nas colônias, num contexto em que esses serviços eram considerados elementos centrais para a legitimação do colonialismo português em África, então ameaçado pelos ventos da descolonização. Por fim, o artigo aborda o posicionamento oficial do Brasil na Assembleia Mundial de Saúde frente às pressões internacionais para a suspensão da assistência técnica da OMS a Portugal em 1966.

PALAVRAS-CHAVE: Organização Mundial de Saúde, Portugal, Brasil, Descolonização.

HEALTH IN PORTUGUESE AFRICA UNDER THE SCRUTINY OF BRAZILIAN EXPERTS FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1958-1966

ABSTRACT: This study analyzes two visits by Brazilian WHO experts to Portugal's African colonies, which took place between 1958 and 1962. The experts in question, Manoel José Ferreira and Ernani Braga, contributed, respectively, to the development of a plan to combat malaria in Mozambique and to the assessment of the health situation in Angola, Guinea and Mozambique. The visits resulted in the production of reports, used as primary sources for the construction of this article, with impressions on the conditions of health services in the colonies, in a context in which these services were considered central elements for the legitimization of Portuguese colonialism in Africa, which was then threatened by the winds of decolonization. Finally, the article addresses Brazil's official position at the World Health Assembly in response to international pressure to suspend WHO technical assistance to Portugal in 1966.

KEYWORDS: World Health Organization, Portugal, Brazil, Decolonization.

DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2767.2025v84p179-207>

Recebido em: 25/06/2025

Aprovado em: 19/08/2025



Introdução

A Organização Mundial de Saúde, durante os primeiros meses de sua existência, elaborou planos e iniciou operações para lançar ofensivas contra as doenças. Por meio de operações de campo e demonstrações em escala crescente, assessoria especializada e fornecimento de bolsas de estudo internacionais, literatura médica e diversos tipos de serviços técnicos, a OMS está dando início a um programa eficaz de assistência aos governos (Chisholm, 1949, p. 8).¹

Com essas palavras, o médico canadense Brock Chisholm, primeiro Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), salientou a importância da cooperação entre a Organização e os governos dos diferentes países para combater doenças – entre elas a malária, a tuberculose e as doenças venéreas – com o intuito de contribuir para promover a saúde em escala planetária. Proposta por médicos como o brasileiro Geraldo de Paula Souza e o chinês Szeming Sze, a OMS foi criada formalmente em 1948 como a principal agência multilateral de saúde da Organização das Nações Unidas (Cueto *et al.*, 2011). Nos primeiros anos de sua existência, a OMS dividiu o planeta em seis regiões: a Repartição Sanitária Panamericana, cujas origens remontam a 1902, transformou-se no braço da OMS para as Américas e foram criados escritórios regionais para o Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental, África e Europa (Brown *et al.*, 2006).

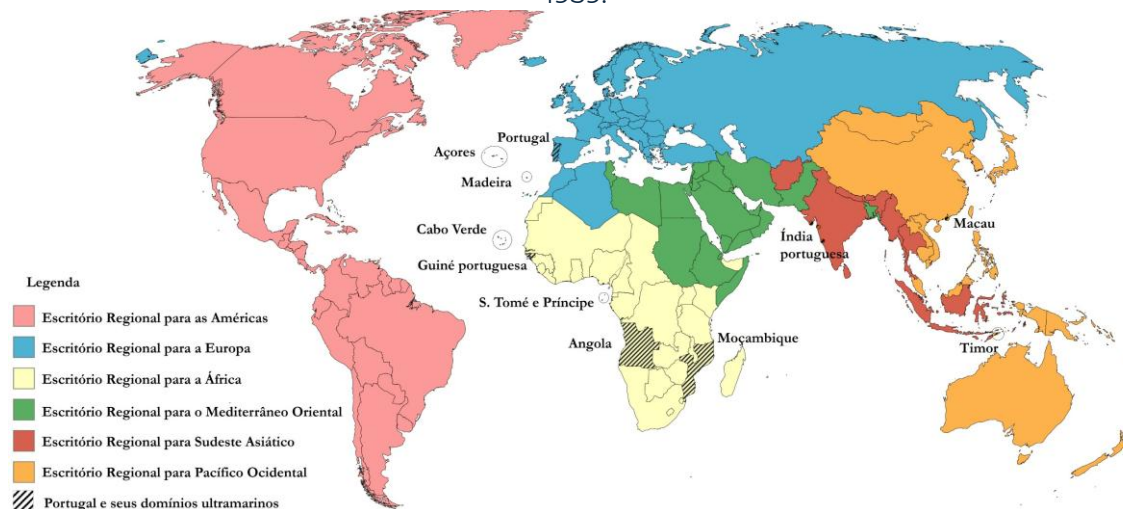
Como o continente africano estava sob o domínio colonial europeu, a criação do escritório regional da OMS para a África (AFRO) tornou-se uma questão delicada, pois os poderes coloniais temiam uma supervisão internacional considerada intrusiva em seus territórios africanos. Tanto que o AFRO, instituído em 1951, foi o penúltimo escritório regional criado pela OMS (Havik; Monteiro, 2021).

Devido às possessões ultramarinas que controlava, Portugal possuía territórios em quatro escritórios regionais da OMS: Europa (Metrópole e ilhas adjacentes), África (Cabo Verde, Guiné portuguesa, São Tomé e Príncipe,

¹ Texto traduzido a partir do original: "The World Health Organization, during the first few months of its existence, has prepared plans and begun operations for launching offensives against disease. Through field operations and demonstrations on an increasing scale, expert advice, and the provision of international fellowships, medical literature and various types of technical services, WHO is embarking on an effective programme of assistance to governments."

Angola e Moçambique), Sudeste Asiático (Índia portuguesa) e Pacífico Ocidental (Macau e Timor), conforme o mapa a seguir:

Mapa 1 - Os Escritórios Regionais da OMS e os domínios ultramarinos de Portugal, 1959.



Fonte: Mapa adaptado pelo autor a partir do original em: Doc.: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1965. p. 56.

Apesar de Portugal ter aderido à OMS em 1948, o país só foi admitido como Estado-membro das Nações Unidas em 1955, num contexto histórico marcado pela ascensão dos movimentos de descolonização na Ásia e na África, impulsionados pela Conferência de Bandung, realizada na Indonésia. Para responder às pressões internacionais nos fóruns das Nações Unidas, que solicitavam informações sobre as condições sociais, econômicas e educacionais dos territórios sob seu domínio colonial, o Governo português respondeu que Portugal, a partir da revisão constitucional promovida em 1951, configurava-se como um Estado multiterritorial e multirracial constituído por “províncias ultramarinas” perfeitamente integradas ao espaço metropolitano (Reis, 2014). Portanto, nos termos da Constituição portuguesa, Portugal não possuía “domínios coloniais”, tampouco um “império colonial”, e territórios como o longínquo Timor tornavam-se tão portugueses quanto as regiões do Minho ou do Algarve. Nas palavras do geógrafo português Amorim Girão:

O Estado Português, com oito séculos de existência, apresenta-nos o exemplo de um organismo político sem continuidade de território, que se estende por quatro continentes, mas constituído por parcelas cujas

populações se juntaram sem qualquer discriminação de raças e, portanto, com perfeita unidade moral (Girão, 1958, p. 14).

Para justificar a governança portuguesa sobre os seus territórios ultramarinos e tropicais na África e na Ásia, o discurso oficial do regime autoritário português incorporou algumas ideias do pensamento de Gilberto Freyre sobre o comportamento dos portugueses nos trópicos, sistematizadas no lusotropicalismo – como a ausência de sentimentos racistas, a profunda fraternidade cristã e a tolerância manifesta no contato com outros povos (Castelo, 2011). O Brasil, tido como o grande arquétipo da colonização portuguesa, foi um importante aliado de Lisboa na questão ultramarina. Em 1953, os Governos do Brasil e de Portugal assinaram o Tratado de Amizade e Consulta, com a finalidade de harmonizar as políticas externas dos dois países através de consultas mútuas a respeito de temas internacionais de manifesto interesse comum (Gonçalves, 2003). A aliança entre os dois países expressou-se no pleno apoio da diplomacia brasileira, durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), ao discurso oficial português sobre seus territórios ultramarinos. Em fevereiro de 1957, o representante brasileiro na Assembleia Geral das Nações Unidas declarou:

Portugal é uma república unitária com províncias ultramarinas que são parte integrante da República e não podem ser qualificadas como Territórios Não Autônomos. Esses são os fatos; tal é a estrutura institucional do país. Portugal foi e é uma entidade única e indivisível, que abrange todas as suas províncias – as situadas no continente europeu, as ilhas adjacentes e as províncias de além-mar. Todas as províncias, independentemente da raça, cultura ou crenças religiosas de seus habitantes, são igualmente importantes. Todas são iguais perante a lei portuguesa, não apenas segundo a legislação contemporânea, mas também segundo leis que remontam ao final do século XV, quando Portugal iniciou, pelos sete mares, uma expansão civilizadora sem paralelo na história da humanidade (Doc.: UNITED NATIONS, 1957, p. 1168).²

² Texto traduzido a partir do original: "Portugal is a unitary republic with overseas provinces which are an integral part of the republic and cannot be termed Non-Self-Governing Territories. The facts are these; such is the country's institutional structure. Portugal was and is a single and indivisible entity which includes all its provinces, the provinces on the continent of Europe, the adjacent islands and the provinces beyond the seas. All the provinces, regardless of the race, culture or religious beliefs of their inhabitants, are equally important. All are equal under Portuguese law, and not under contemporary Portuguese law alone but under laws dating from the end of the fifteenth century when Portugal embarked, across the seven seas, on an expansion of civilization without parallel in human history."

A cooperação brasileira com Portugal manifestou-se, também, no campo médico. Em 1963, a cidade do Rio de Janeiro sediou os Sétimos Congressos Internacionais de Medicina Tropical e Malária e a delegação portuguesa, com o apoio dos anfitriões brasileiros, procurou utilizar o evento científico para reafirmar a importância dos serviços de saúde organizados pela metrópole nos territórios ultramarinos com o intuito de legitimar a presença de Portugal em África (Silva, 2024). Além disso, durante as décadas de 1950 e 1960, o Brasil enviou gratuitamente vacinas contra a febre amarela para Portugal e suas colônias africanas (Silva, 2025). Em continuidade com esses estudos, este artigo propõe analisar duas visitas de peritos brasileiros da OMS aos territórios africanos sob domínio colonial português, a partir dos relatórios que produziram: a primeira parte desta história refere-se à visita de Manoel José Ferreira a Moçambique, no ano de 1958, para colaborar com o plano de erradicação da malária ao sul do rio Save e o segundo episódio aconteceu em 1962, quando o Governo português solicitou à OMS o envio de um grupo de peritos para avaliar os serviços de saúde em Angola, Guiné e Moçambique. A missão autorizada pela Organização foi chefiada pelo médico brasileiro Ernani Braga.

A visita de Manoel José Ferreira a Moçambique, 1958

Em 1953, as margens do rio Limpopo, região sul de Moçambique, foram escolhidas para assentar famílias camponesas oriundas de Portugal, como parte de um projeto de colonização dirigido pelo Estado. O Colonato do Limpopo foi uma tentativa de responder ao discurso sobre a criação de sociedades multirraciais no ultramar português (Matine, 2015). No entanto, a malária representava uma ameaça ao projeto. No mesmo ano da criação do colonato, foi instituída uma campanha contra o sezonismo no Vale do Limpopo com o objetivo de estudar a disseminação dos focos dos mosquitos transmissores da doença e os índices de infecção parasitária na população nativa:

O índice parasitário observado em 244 crianças africanas de 0-10 anos, foi de 66,4%, nas quais o índice parasitário dos infantes (crianças de 0-1 ano) foi de 63% com um índice esplênico de 53%. Nos adultos o índice parasitário foi de 60% com um índice esplênico de 48,2%. Tratava-se, portanto, de uma região fortemente hiperendêmica. [...] A prospecção

entomológica que realizamos em abril de 1953 só veio confirmar a péssima reputação que fazia desta região um ‘cemitério de brancos’. Instalada ao longo da margem direita do Limpopo, nas suas margens viam-se numerosos charcos de água que constituíam lugares ideais de criação de larvas do *Anopheles gambiae*, o principal e mais temível vetor (Soeiro, 1957, p. 391).

Os trabalhos contra a malária no Vale do Limpopo incluíram a aplicação de larvicidas e o uso de inseticidas de ação residual – como o Diclorodifeniltricloroetano, o D.D.T – com o intuito de criar “dentro de uma região altamente hiperendêmica de malária uma ‘Ilha de Saúde’ que pudesse vir a absorver o núcleo populacional importante de colonos europeus e indígenas” (Soeiro, A. *op. cit.*, 1957, p. 391). Portanto, as ações empreendidas para controlar a malária em Moçambique tinham como alvo prioritário proteger os interesses coloniais portugueses na região.

No final da década de 1950, a OMS apoiou um plano regional de pré-erradicação da malária que incluiu os territórios do norte do Transvaal, da Bechuanalândia, da Suazilândia, da Rodésia do Sul e do sul de Moçambique. A anuência das autoridades portuguesas sobre a inclusão de Moçambique nesse plano correspondeu aos cálculos políticos equacionados em Lisboa sobre a cooperação internacional no âmbito da saúde, pois, se por um lado, a colaboração sanitária da OMS proporcionaria benefícios, por outro, as autoridades temiam as consequências políticas, num contexto de dissolução dos impérios coloniais europeus, que o escrutínio internacional poderia trazer, caso evidenciasse as insuficiências verificadas no combate às doenças que grassavam nos territórios coloniais portugueses. Ao mesmo tempo, recusar a colaboração da OMS poderia gerar acusações de que as autoridades portuguesas desconsideravam a saúde das populações africanas. Como o problema da malária, apesar de preocupante, era considerado pelas autoridades coloniais mais bem encaminhado em Moçambique – se comparado à situação verificada em Angola e na Guiné – a colônia emergiu como o único território português em África apto a integrar um programa internacional de combate à doença (Havik; Monteiro, 2020).

Em setembro de 1958, Manoel José Ferreira, consultor da OMS, partiu para Moçambique a fim de estudar *in loco* a situação da malária ao sul do rio Save e apontar a viabilidade de um programa de erradicação da doença na região (Soeiro, 1959). O nome de Ferreira – que havia atuado na campanha

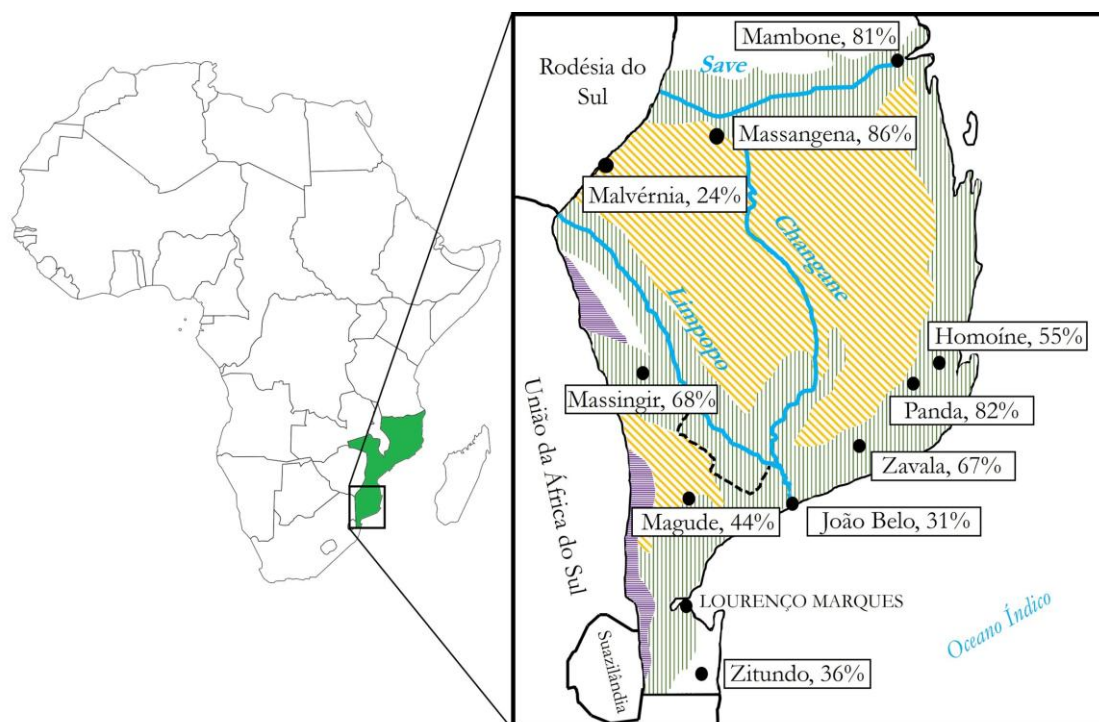
contra o *Anopheles gambiae* durante a epidemia de malária nos estados do Rio Grande do Norte e do Ceará entre 1938-1940 e dirigido o Serviço Nacional de Malária do Brasil em 1954 (Magalhães, 2016) – era ventilado pelas autoridades portuguesas desde 1956, como atesta um ofício enviado pelo Governo Geral de Moçambique ao Ministério do Ultramar no qual aprovou a indicação do médico brasileiro e sublinhou a correlação entre o combate à malária e o êxito dos projetos de fixação de colonos portugueses em Moçambique:

A larga experiência deste ilustre médico, obtida na execução das profundas e extensas campanhas antissezonáticas, realizadas no Brasil, poderá reduzir em grande parte as inúmeras dificuldades surgidas na desejada eliminação da endemia sazonal, que se tornou preocupação séria do Governo da Província, com vista a debelar a maior razão de entrave à fixação dos europeus em Moçambique (Doc.: REPARTIÇÃO, 1956).





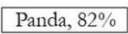
Ao desembarcar, Manoel José Ferreira foi recebido por Alberto Soeiro, diretor do Instituto de Investigação Médica de Moçambique, e por Mário de Carvalho Pereira, técnico entomologista do mesmo Instituto. Juntos, Ferreira e Pereira visitaram povoações como Magude, João Belo, Malvéria, Homóine, Panda e núcleos que integravam o Colonato do Limpopo, como a Aldeia do Guijá e Caniçado, num percurso de 5.686 Km em 50 dias, entre os meses de setembro e novembro de 1958 (SOEIRO, A. *op. cit.*, 1959).

As informações obtidas nessa viagem foram apresentadas em um relatório de 38 páginas, escrito em inglês, intitulado *Report on malaria in Mozambique. Analyses of the epidemiology, feasibility and planning of a malaria eradication campaign* (Relatório sobre a malária em Moçambique. Análises da epidemiologia, viabilidade e planejamento de uma campanha de erradicação da malária). Neste relatório, Ferreira sublinhou que a baixa densidade de mosquitos transmissores contrastava com as altas taxas de infecção parasitária verificadas na população nativa – determinadas pelos exames de hematozoários, realizados para detectar a presença de protozoários causadores da malária no sangue, como o *Plasmodium falciparum* – que em algumas povoações, como Panda, Massangena e Mambone, ultrapassavam os 80% (Doc.: FERREIRA, 1958).

Mapa 1. Região percorrida por Manoel José Ferreira com a delimitação de áreas de transmissão de malária ao sul do rio Save, Moçambique, 1958



Legenda

-  O ano todo
 -  Com períodos variáveis de interrupção durante o ano
 -  Transmissão esporádica em anos anormais
- } Áreas de transmissão da malária
-
-  Limites do Colonoato do Limpopo
-  Povoações visitadas e taxas de infecção parasitária verificadas

Fonte: Mapa adaptado pelo autor a partir do original em: Doc.: FERREIRA, M. *op. cit.*, 1958. p. 23.

De acordo com o médico brasileiro, os altos índices de infecção parasitária verificados no sul de Moçambique refletiam a pequena extensão dos esforços antimaláricos na região. Como temiam as autoridades portuguesas, Ferreira apontou algumas insuficiências nos cuidados prestados contra a malária pelos serviços de saúde coloniais:

Com efeito, a única quimioprofilaxia contra a malária consiste na distribuição de diferentes medicamentos antimaláricos (ainda se utiliza uma grande quantidade de quinina) a pacientes que se queixam de “febre”, sem qualquer exame de sangue que a confirme. Mesmo esses pacientes estão limitados às proximidades de hospitais ou postos de saúde. É perfeitamente correto afirmar que toda a população, com exceção daqueles que vivem nos arredores de Lourenço Marques e na pequena área de irrigação do Limpopo, não recebeu qualquer tipo de proteção contra a malária (Doc.: FERREIRA, M. *op. cit.*, p. 4).³

Findo o estudo preliminar, Manoel José Ferreira propôs um plano para combater a malária em Moçambique, com as operações de erradicação previstas para começar em 1960. O plano baseava-se no uso em larga escala de inseticidas de ação residual (o D.D.T), aliado à administração de comprimidos de difosfato de cloroquina para toda a população na região ao sul do rio Save, estimada em cerca de 1,5 milhão de habitantes. Demonstrando plena confiança na eficácia do arsenal disponível contra a malária – “O uso bem planejado das modernas armas de que o Malariologista dispõe garantirá resultados tão bons quanto em qualquer outra parte do mundo” – Ferreira previa estender as operações de erradicação para as áreas compreendidas entre o norte do rio Save e o sul do rio Zambeze a partir de 1962 (Doc.: FERREIRA, M. *op. cit.*, p.19).

Com base no plano delineado pelo médico brasileiro, o Governo de Portugal e a OMS firmaram um acordo em 1960 para a erradicação da malária em Moçambique. No ano seguinte, iniciaram-se as operações de pré-erradicação, que se limitaram à recolha de dados, sobretudo epidemiológicos e entomológicos (Doc.: SANTOS, 1961). O plano proposto por Ferreira não foi seguido à risca e, além dos atrasos, em 1966 a OMS suspendeu toda a assistência técnica prestada a Portugal e seus territórios ultramarinos, como veremos mais à frente.

³ Texto traduzido a partir do original: “Indeed, the only malaria chemoprophylaxis consists in the distribution of different anti-malarial drugs (a large amount of quinine is still in use) to patients complaining of ‘fever’, without any confirmatory blood test. Even these patients are limited to the vicinity of hospitals or dispensaries. It is quite correct to state that the whole population, with the exception of those living in the environs of Lourenço Marques and in the small irrigation area of the Limpopo, has received no protection of any kind against malaria.”

Ernani Braga no comando da missão de peritos da OMS às colônias portuguesas, 1962

Enquanto a parceria com a OMS era posta em marcha em Moçambique, uma série de acontecimentos estremeceram o domínio português em terras de ultramar. Em 1961, eclodiram lutas armadas contra os colonizadores portugueses em Angola, mais tarde estendidas à Guiné (1963) e a Moçambique (1964). No Oriente, o ano de 1961 teve um fim amargo com a ocupação militar dos territórios sob administração portuguesa de Goa, Diu e Damão pelos exércitos da União Indiana (Telo, 2024). Ao analisar o contexto de dissolução dos impérios coloniais europeus após a Segunda Guerra Mundial, o historiador Miguel Bandeira Jerónimo (2023) destacou a emergência do ‘colonialismo de bem-estar’, no qual as metrópoles europeias procuraram demonstrar alguma preocupação com as condições de educação, saúde, habitação e nutrição das populações que viviam nos territórios submetidos ao domínio colonial, como estratégia de legitimação e preservação dos impérios coloniais em África.

Tendo em vista o papel estratégico da saúde como elemento-chave nos discursos em defesa da soberania portuguesa em África, o Governo de Portugal solicitou à OMS que enviasse um grupo de peritos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e a situação sanitária existentes em Angola, Guiné e Moçambique. Em maio de 1962, a delegação portuguesa contactou em Genebra o Diretor-Geral da OMS – o médico brasileiro Marcolino Candau – que acolheu o pedido de Lisboa e “se mostrou nosso amigo”, no entender da delegação. Candau sugeriu um grupo de três peritos “constituído por um brasileiro, um sul-americano e um europeu (francês ou italiano)” e para presidir o grupo indicou o nome do colega brasileiro Ernani Braga (Doc.: DIREÇÃO..., 1962). No Brasil, Braga atuou no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e dirigiu os trabalhos de combate à malária na região do Vale do Rio Doce, em Minas Gerais na década de 1940 (Campos, 2006).

O nome de Ernani Braga, no entanto, gerou protestos de alguns médicos que atuavam no continente africano e combatiam o colonialismo português, como o canadense Ian Gilchrist que enviou a Marcolino Candau uma carta em que expressava suas desconfianças quanto à capacidade de

isenção de um médico brasileiro para avaliar os serviços de saúde das colônias de Portugal:

Os portugueses são mestres da falsidade e, dadas as circunstâncias, é possível prever o relatório dos investigadores muito antes de ser redigido. É duplamente lamentável ver que a missão é chefiada por um brasileiro, considerando a simpatia que se desenvolveu no Brasil pelos portugueses devido às mentiras portuguesas (Doc.: GILCHRIST, 1962, p. 1).⁴

A nacionalidade dos técnicos enviados pela OMS constituía um fator relevante nos cálculos políticos feitos em Lisboa. A documentação consultada sugere que os profissionais brasileiros eram vistos com simpatia pelas autoridades portuguesas, provavelmente em razão da posição oficial do Brasil com relação à política ultramarina de Portugal.⁵ O mesmo, porém, não se aplicava a médicos oriundos do Leste Europeu e da União Soviética, cujos governos manifestavam-se abertamente contra o colonialismo português. Prova disso foi o parecer emitido pelo Gabinete dos Negócios Políticos do Ministério do Ultramar sobre a concessão de vistos a dois médicos vinculados à OMS – um soviético e outro polonês – para que viajassem a Moçambique a fim de cooperar com o plano de combate à malária. O documento deixava explícito a apreensão das autoridades portuguesas em receber cientistas de “países declaradamente inimigos” nos territórios africanos sob sua jurisdição:

Mas no caso presente arrojamo-nos a hipóteses ainda mais pessimistas, conhecido que é o interesse dos governos dos países da nacionalidade dos cientistas em causa em penetrarem em África – especialmente nas nossas províncias – e o auxílio que os mesmos vêm prestando aos chamados “movimentos nacionalistas africanos”, desde a preparação de elementos subversivos para a guerra de guerrilha, ao fornecimento de armas, etc...

Tais fatos devem levar-nos a uma observação objetiva e a ver sempre nos naturais de países declaradamente inimigos elementos perigosos, mesmo que se trate de cientistas, pois não custa aceitar que utilizem todos os meios para dar cumprimento a missões políticas que podem

⁴ Texto traduzido a partir do original: “The Portuguese are masters of falsity, and under the circumstances the report of the investigators can be envisaged well before it is written. It is doubly distressing to see that the mission is headed by a Brazilian, considering the sympathy that has been developed in Brazil for the Portuguese by Portuguese lies.”

⁵ Durante as presidências de Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961-1964), embora o apoio do Brasil à política ultramarina de Portugal tenha apresentado sinais de hesitação – reflexo da postura adotada pela diplomacia brasileira, que naquele período procurou manter uma posição crítica com relação ao colonialismo – o Governo brasileiro evitou hostilizar abertamente Portugal ou romper a aliança com Lisboa. Com o golpe civil-militar de 1964, o governo de Castelo Branco manifestou-se a favor do colonialismo português contra os movimentos independentistas (CARVALHO, 2014).

consistir em contatos com células existentes nossas adversas, organização ou criação dessas células, estudos 'in loco' de condições paramilitares ou atividades políticas, ou até mesmo de simples propaganda subversiva (Doc.: MINISTÉRIO, 1964, p.2-3).

Por outro lado, os nomes sugeridos por Marcolino Candau, em 1962, receberam a aprovação do governo português. A missão da OMS enviada à África foi então constituída por dois médicos – o brasileiro Ernani Braga e o francês Jean-Simon Cayla – e por um engenheiro, o chileno Ruperto Casanueva. Em junho de 1962, os integrantes da missão partiram de Lisboa rumo à África para uma viagem que duraria 52 dias, assim distribuídos: 1 semana na Guiné (22 a 29 de junho); 3 semanas em Angola (30 de junho a 20 de julho) e 3 semanas em Moçambique (21 de julho a 11 de agosto de 1962):

A visita da missão à Guiné durou exatamente uma semana, período durante o qual percorreu alguns pontos do litoral, do arquipélago de Bijagós e do interior. Em Angola, a viagem teve a duração de três semanas, permitindo à missão estadias em Luanda e nas localidades vizinhas, nas cidades de Benguela e Lobito, situadas no litoral, na região dos planaltos que se estende de Sá da Bandeira a Nova Lisboa, e na cidade de Camona, na área limítrofe à fronteira com o Congo (Léopoldville). Um de seus membros visitou o distrito onde se encontram as minas da Companhia de Diamantes de Angola. Em Moçambique, além da cidade de Lourenço Marques e seus arredores, a missão deslocou-se para diversas localidades ao sul do rio Save e para os distritos de Moçambique, do Zambeze e de Manica e Sofala, concluindo a viagem com a visita à cidade da Beira (Doc.: BRAGA, E. et al., 1962, p. 1).⁶

Durante a missão, os integrantes receberam materiais informativos sobre as colônias portuguesas, como atlas, censos demográficos e programas de ação sanitária. Foram também recebidos e acompanhados por autoridades locais e por médicos pertencentes aos quadros de saúde coloniais. Estes, por sua vez, encaminharam relatórios a Lisboa, nos quais registraram tanto o andamento das visitas quanto suas impressões a respeito dos peritos. Sobre

⁶ Texto traduzido a partir do original: "La visite de la mission en Guinée a duré exactement une semaine, la mission a parcouru pendant ce laps de temps certains points du littoral, de l'archipel de Bijagós et de l'intérieur. En Angola, le voyage a duré trois semaines permettant à la mission de séjourner à Luanda et dans les localités environnantes, dans les villes de Benguela et Lobito situées sur le littoral, dans le région des hauts plateaux qui s'étend de Sá da Bandeira à Nova Lisboa, et dans la ville de Carmona dans le secteur limitrophe de la frontière avec le Congo (Léopoldville). Un de ses membres a visité le district où se trouvent les mines de la Compagnie des Diamants de l'Angola. Au Mozambique, outre la ville de Lourenço Marques et ses environs, la mission s'est rendue dans diverses localités au sud du Save et dans les districts du Mozambique, du Zambèze et de Manica et Sofala, elle a terminé son voyage par la visite de la ville de Beira."

Ernani Braga, o Governador da Guiné, Peixoto Correia, escreveu: “Muito correto, vivo, não tomando apontamentos. Criticou por vezes a situação política de seu país. Fiquei com a impressão de que é dotado de sentimentos de simpatia por Portugal” (Correia, 1962, p. 8). Em Moçambique, José dos Santos Carvalho, Subdiretor dos Serviços de Saúde e Higiene, também sublinhou a afeição do chefe da missão da OMS por Portugal: “Devo notar que o Dr. Braga por várias vezes manifestou a satisfação por sua ascendência ser integralmente portuguesa, sendo o seu apelido devido a um seu bisavô ser natural de Braga” (Carvalho, 1962, p. 4).

A documentação trocada entre o Ministério do Ultramar e as administrações coloniais sugere a intenção de Lisboa em obter uma prévia das conclusões do relatório dos peritos da OMS. Em outubro, após a conclusão dos trabalhos em África, Ernani Braga escreveu uma carta a Sarmiento Rodrigues, Governador-Geral de Moçambique, que em seguida foi reencaminhada à metrópole, deixando antever que o parecer do relatório seria positivo:

Até fins de outubro o relatório que iremos submeter ao Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde deverá ser entregue ao Governo português. Embora deva conter as naturais imperfeições de um trabalho realizado em prazo exíguo, esperamos que sirva para apresentar de maneira objetiva o que Moçambique realiza em matéria de saúde e saneamento, focalizando os pontos brilhantes, apontando eventuais lacunas e fazendo algumas recomendações (Doc.: BRAGA, 1962).

Os peritos da OMS elaboraram um relatório de 306 páginas, redigido em francês, intitulado *Rapport de la mission de l'OMS sur la situation sanitaire dans la Guinée portugaise, l'Angola et le Mozambique* (Relatório da missão da OMS sobre a situação sanitária na Guiné portuguesa, em Angola e em Moçambique). O documento contém relatórios específicos sobre cada colônia visitada, fornecendo dados gerais sobre a geografia, a economia, a população e a organização administrativa de cada território. Além disso, traz informações pormenorizadas sobre os serviços hospitalares e ambulatoriais, a infraestrutura sanitária, o combate às doenças endêmicas e a situação dos profissionais nos quadros de saúde. Entre as deficiências apontadas, o relatório destacou a precariedade do saneamento básico, em grande medida

indisponível para a população, e as iniquidades raciais na ocupação dos postos de trabalho nos serviços de saúde.

A insuficiência de redes de esgoto e de acesso à água potável canalizada impressionou os peritos da OMS. Na Guiné e em Moçambique não existiam serviços de esgoto, enquanto em Angola apenas as cidades de Luanda e de Sá da Bandeira os possuíam, porém eram inacessíveis às periferias daqueles dois centros urbanos. Quanto à disponibilidade de serviços de água encanada nas residências em Angola, os peritos escreveram: “Existem apenas 100 aldeias com serviço de água potável encanada, de um total de 1442 aldeias” (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962, p. 25).

Como consequência da falta de saneamento básico, a esquistossomose era um dos principais problemas de saúde pública nas colônias portuguesas. De acordo com os dados apresentados no relatório, foram reportados 250 casos da doença na Guiné, 626 em Moçambique e 11.806 em Angola. Além das limitações no fornecimento de água potável e na coleta de águas residuais, os peritos destacaram a ausência de programas de educação sanitária eficazes para o controle da doença:

A campanha contra a bilharziose [esquistossomose] apresenta grandes dificuldades, devido à ausência de um método eficaz de educação sanitária das populações indígenas, que têm o hábito de utilizar os cursos de água superficiais para lavar roupa e para se banhar, sem tomar as devidas precauções (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962, p. 25).⁷

Na contramão do discurso oficial do Estado Novo, ancorado no lusotropicalismo, que defendia ser Portugal um país avesso à discriminação racial, os peritos da OMS observaram a inexistência de médicos negros nos quadros de saúde das colônias portuguesas: “Não encontramos nenhum médico negro” (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962, p.74). As críticas quanto às desigualdades raciais nos serviços de saúde extrapolaram os limites do relatório e foram assinaladas por Jean-Simon Cayla durante uma entrevista concedida pelos peritos na cidade da Beira, em Moçambique:

Eu constatei por toda parte, que há um corpo médico, corpo médico de valor e que há enfermeiros, enfermeiras, parteiras e parteiras auxiliares

⁷ Texto traduzido a partir do original: “La campagne contre la bilharziose présente de grandes difficultés vu l’absence d’une méthode d’éducation sanitaire efficace des populations indigènes qui ont l’habitude d’utiliser les cours d’eau superficiels pour laver le linge et pour se baigner, sans prendre les précautions nécessaires.”

de muito bom valor. Mas é pena que não tenha visto um só médico africano. Há muitos enfermeiros, enfermeiras e parteiras africanas e isso é excelente, mas creio que o problema atual será de dar um passo adiante (Doc.: ENTREVISTA, 1962, p. 7).

Ernani Braga, por sua vez, concentrou suas observações na comparação das situações sanitárias verificadas no Brasil e nas colônias africanas de Portugal, procurando estabelecer elos que justificassem a promoção do intercâmbio científico luso-brasileiro e o acesso às possessões portuguesas por pesquisadores brasileiros:

Nós não temos a doença do sono no Brasil, os senhores não têm aqui a doença de Chagas e a nossa esquistossomose intestinal. Os senhores têm a esquistossomose vesical mais frequente. Mas, de qualquer maneira, há outros problemas comuns, por exemplo a malária, que é comum a ambos e que evidentemente nesse campo teríamos talvez uma experiência interessante a dar. [...] Acredito que se for possível estabelecer-se um programa mais intenso de bolsas de estudo, será benéfico para ambos trazer brasileiros para estudarem aqui problemas (Doc.: ENTREVISTA, 1962, p. 3).

A doença do sono, transmitida ao homem pela picada da mosca tsé-tsé, foi considerada, no início do século XX, um problema alarmante pelos poderes coloniais europeus, devido ao elevado número de casos entre as populações africanas – vistas como um reservatório essencial de mão de obra para os empreendimentos coloniais (Lyons, 1992; Headrick, 2014; Amaral, 2018). No entanto, após a Segunda Guerra Mundial, os portugueses, à semelhança dos demais poderes coloniais europeus, recorreram ao uso massivo de fármacos de ação tripanocida para reduzir a incidência da doença. Diante da queda nas taxas de infecção ao longo da década de 1950, os médicos acreditavam que poderiam erradicar a doença no continente africano (Coghe, 2024) – expectativa compartilhada pelos peritos da OMS.

Todavia, a principal qualidade dos serviços de saúde, assinalada pelos integrantes da missão, era o empenho dos profissionais de saúde no atendimento à população, apesar da escassez de equipamentos e recursos humanos:

Um dos fatos que certamente impressionou os membros da missão da OMS desde os primeiros contatos nas regiões visitadas foi a dedicação do pessoal, independentemente do seu nível profissional e da natureza de suas funções.

Além disso, puderam constatar que as populações locais, tanto europeias quanto indígenas, tinham plena confiança nos serviços de saúde.

[...] Contudo, os médicos que a missão da Organização Mundial de Saúde encontrou nas diversas localidades da Guiné, de Angola e de Moçambique esforçavam-se ao máximo para atender a um grande número de pacientes, mesmo não dispondo de recursos suficientes para combater a malária, a filariose ou a bilharziose. Os serviços, afetados pelas consequências desses fatores limitantes, apresentam uma eficiência inferior àquela que se poderia esperar (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962, p. 2 e 304).⁸

Os peritos também consideraram como satisfatórias as condições econômicas e sociais das colônias portuguesas e mostraram-se otimistas com o futuro dos níveis de saúde das populações locais:

Contudo, graças às medidas em curso de adoção, à reorganização dos serviços de saúde provinciais, que deverão ser dotados de recursos mais amplos, e ao fortalecimento das campanhas especiais, às quais outras igualmente urgentes deverão se somar – como, por exemplo, a luta antimalárica –, é possível esperar, nos próximos anos, uma melhoria nos níveis de saúde das populações locais (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962, p. 304).⁹

De modo geral, o relatório concluiu que os serviços de saúde nos territórios africanos sob administração portuguesa apresentavam condições aceitáveis. Entre as principais recomendações, destacou-se a necessidade de integrar a assistência médica a um plano mais amplo, que incluísse ações voltadas à proteção materno-infantil, ao combate às doenças transmissíveis, à educação sanitária e ao registro de dados bioestatísticos. O documento também enfatizou a importância de investimentos na formação dos profissionais de saúde, através da organização de cursos regulares e da

⁸ Texto traduzido a partir do original: "Un des faits qui a certainement impressionné les membres de la mission de l'OMS dès leurs premiers contacts dans les régions visitées est le dévouement du personnel, quels que soient son niveau professionnel et la nature de ses fonctions.

Au surplus, ils ont pu constater que les populations locales, tant européennes qu'indigènes, avaient une pleine confiance dans les services sanitaires. [...] Toutefois, les médecins que la mission de l'Organisation Mondiale de la Santé a rencontrés dans les diverses localités de la Guinée, d'Angola et du Mozambique s'efforçaient, au maximum, de soigner un grand nombre de malades tout en ne disposant pas de moyens suffisants pour lutter contre le paludisme, la filariose ou les bilharzioses. Les services qui souffrent des conséquences de ces facteurs limitatifs ont un rendement inférieur à celui qu'on pourrait attendre."

⁹ Texto traduzido a partir do original: "Cependant, grâce aux mesures en cours d'adoption, de réorganisation des services sanitaires provinciaux qui doivent être dotés de plus amples ressources et grâce à l'intensification des campagnes spéciales auxquelles d'autres aussi urgentes devront s'ajouter comme, par exemple, la lutte anti-paludique, on peut espérer dans les années à venir une amélioration des niveaux sanitaires des population locales."

concessão de bolsas de estudo (Doc.: BRAGA, E. *et al.*, 1962). Apesar das críticas e sugestões apontadas no relatório dos peritos da OMS, as conclusões do documento foram instrumentalizadas pela delegação portuguesa como argumentos para defender a presença de Portugal em África durante os embates travados na Assembleia Mundial de Saúde em torno do colonialismo, conforme será analisado na seção seguinte.

Os embates na Assembleia Mundial de Saúde sobre o colonialismo português

A partir de 1961, com o início da guerra em Angola, as pressões nos fóruns internacionais contra Portugal intensificaram-se (REIS, 2014). Entre 1961 e 1973, a Assembleia Geral das Nações Unidas discutiu e aprovou diversas resoluções contrárias ao colonialismo que insistiam junto ao Governo português para que Lisboa interrompesse o uso da força contra os movimentos independentistas em suas colônias e reconhecesse o direito à autodeterminação das populações em Angola, Guiné e Moçambique. Uma dessas resoluções, a Resolução 2107 (XX) de 21 de dezembro de 1965, recomendou aos Estados-membros das Nações Unidas que suspendessem a venda de armas para Portugal:

Solicita a todos os Estados, em particular aos aliados de Portugal no âmbito da Organização do Tratado do Atlântico Norte, que adotem as seguintes medidas:

- (a) Abster-se imediatamente de fornecer ao Governo de Portugal qualquer assistência que possa permitir a continuação da repressão dos povos africanos nos territórios sob sua administração;
- (b) Adotar todas as medidas necessárias para impedir a venda ou o fornecimento de armas e equipamentos militares ao Governo de Portugal;
- (c) Suspender a venda ou o envio ao Governo de Portugal de equipamentos e materiais destinados à fabricação ou manutenção de armas e munições (Doc.: UNITED NATIONS, 1965, p. 62).¹⁰

¹⁰ Texto traduzido a partir do original: "Requests all States, and in particular the military allies of Portugal within the framework of the North Atlantic Treaty Organization, to take the following steps:

a) To refrain forthwith from giving the Portuguese Government any assistance which would enable it to continue its repression of the African people in the Territories under its administration; b) To take all the necessary measures to prevent the sale or supply of arms and military equipment to the Government of Portugal; c) To stop the sale or shipment to the Government of Portugal equipment and materials for the manufacture or maintenance of arms and ammunition."

Tais pressões não tardaram a chegar na Assembleia Mundial de Saúde. Em maio de 1966, o delegado da República da Guiné, Ousmane Keita, apresentou um projeto de resolução que determinava a expulsão de Portugal do Escritório Regional da OMS para a África, bem como a suspensão de toda a cooperação técnica da agência com o Governo português. De acordo com Keita, a aprovação dessa proposta era necessária para que a OMS não se transformasse em cúmplice de Portugal na recusa em cumprir as decisões das Nações Unidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966). O delegado guineense confrontou a narrativa oficial de Lisboa, que enfatizava os esforços empreendidos para melhorar a saúde física e mental das populações nos territórios ultramarinos. Em sua intervenção, destacou a ausência de uma assistência sanitária eficaz e as duras condições de trabalho impostas aos africanos nas colônias portuguesas como fatores determinantes da acentuada queda da natalidade, do aumento do número de doentes e da elevada mortalidade em Angola, Guiné e Moçambique. Baseado no livro *The Africa's Awakening*, escrito pelo jornalista britânico Basil Davidson, Keita acrescentou:

Os mosquitos, carrapatos e moscas continuavam tão numerosos como sempre. A tuberculose provavelmente havia aumentado dez vezes nos últimos vinte anos. A mesma situação ainda persistia para a varíola e outras doenças endêmicas. Ele pôde confirmar o que o delegado do Senegal havia declarado na sessão plenária sobre as epidemias que se espalharam da Guiné Portuguesa para o Senegal e para a República da Guiné (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 493).¹¹

O delegado português, Fernando de Alcambar Pereira, salientou que o caráter universal da OMS implicava a cooperação, sem reservas, com todos os Estados-membros em benefício do bem-estar físico, mental e social de todos os povos no planeta e qualquer desvio neste objetivo constituiria uma ameaça aos princípios humanitários que inspiravam a atuação da agência especializada em saúde das Nações Unidas. Alcambar Pereira também

¹¹ Texto traduzido a partir do original: "Mosquitos, ticks and flies were as numerous as ever. Tuberculosis had probably increased tenfold in the previous twenty years. The same situation still existed for smallpox and other endemic diseases. He could confirm what the delegate of Senegal had stated in plenary meeting on the epidemics that had spread from Portuguese Guinea to Senegal and the Republic of Guinea."

utilizou o relatório da missão de peritos da OMS, chefiada por Ernani Braga, para rebater as críticas de Ousmane Keita:

O relatório da equipe afirmou que, embora certos serviços de saúde e técnicos ainda necessitassem de melhorias, o conjunto merecia ser citado como exemplo. A população parecia ter plena confiança nos serviços de saúde. O documento prosseguia destacando que a rede de serviços de saúde abrangia uma ampla área e encontrava-se em atividade. A equipe havia visitado diversos hospitais e estabelecimentos de saúde, que estavam bem equipados e, em geral, bem conservados, tendo observado que muitos hospitais contavam com pessoal bem qualificado. Participou também de uma reunião organizada com o propósito de identificar casos, cujo trabalho constituiu uma excelente demonstração de atividade bem estruturada. Notou ainda que a população estava sempre disposta a recorrer aos serviços de saúde, nos quais depositava confiança (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 495).¹²

Apesar dos apelos da delegação portuguesa, a proposta de resolução recebeu caloroso apoio das delegações da Romênia, Tchecoslováquia, Afeganistão, Senegal, Bulgária, Hungria, União Soviética, Índia, Polônia, Mongólia, Iugoslávia, Chipre, Síria, Iêmen, Camboja e Iraque, e foi aprovada por 53 votos a favor, 23 contra e 8 abstenções. O teor da Resolução WHA 19.31, de 18 de maio de 1966, era o seguinte:

Considerando, ademais, que ao adotar uma atitude passiva a Organização Mundial de Saúde se tornaria cúmplice de Portugal ao se recusar a cumprir as decisões das Nações Unidas:

1. SUSPENDE o direito de Portugal de participar no Comitê Regional para a África e nas atividades regionais até que o governo desse país apresente provas de sua disposição em cumprir as determinações das Nações Unidas;
2. SUSPENDE, nos termos do Artigo 7º da Constituição, a assistência técnica a Portugal na aplicação do ponto 9 da parte operativa da resolução 2107 (XX) da Assembleia Geral; e
3. SOLICITA ao Diretor-Geral que apresente à Vigésima Assembleia Mundial de Saúde um relatório sobre as medidas que tenham sido adotadas em cumprimento às decisões da presente resolução (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 503).¹³

¹² Texto traduzido a partir do original: "The report of the team had stated that although certain health and technical services still needed improvement, the service deserved to be mentioned as an example. The people appeared to have full confidence in the health services. The report went on to say that the network of health services covered a wide area and was active. The team had visited a number of hospitals and health establishments which were well equipped and generally well looked after and had noted that many hospitals had well-qualified staff. It had attended a gathering held for the purpose of case-finding and the work done was an excellent demonstration of a well-organized activity. It had noticed that the people were always ready to visit health services, in which they had confidence. It had also noted that midwifery services were available for practically all births and that maternity homes, as a result, were always full."

¹³ Texto traduzido a partir do original: "Considering furthermore that by adopting a passive attitude the World Health Organization would be an accessory to Portugal in refusing to comply

Durante a votação da resolução, a delegação brasileira, chefiada por Manoel José Ferreira, manifestou-se contrária ao projeto. Um dos membros da delegação, o médico Achilles Scorzelli, justificou a posição do Brasil argumentando que a resolução em questão trazia teor político e, por isso, deveria ter sido discutida na Assembleia Geral das Nações Unidas e não na Assembleia Mundial de Saúde, onde, em teoria, apenas questões técnicas teriam espaço para debates:

O professor SCORZELLI (Brasil) afirmou que sua delegação não podia apoiar o projeto de resolução em questão, pois seu Governo entendia que o assunto tratado estava fora da competência da OMS; a questão pertencia à competência exclusiva dos órgãos políticos das Nações Unidas (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 498).¹⁴

A atitude da delegação refletia o posicionamento assumido pela política externa brasileira após o golpe civil-militar de 1964, que procurou alinhar o país com o Ocidente a fim de contribuir para a contenção da influência soviética no contexto geopolítico da Guerra Fria. Essa orientação aproximou a ditadura brasileira da retórica oficial do regime autoritário do Estado Novo em Portugal, que pretendia enquadrar o esforço militar português em África como parte da defesa dos valores ocidentais contra a expansão da influência de Moscou (Carvalho, 2014).

Nas discussões seguintes, ocorridas na Assembleia Mundial de Saúde, o delegado suíço propôs reverter a suspensão da assistência técnica oferecida pela OMS a Portugal em benefício dos habitantes das colônias portuguesas e dos territórios vizinhos, pois as doenças e epidemias não respeitam fronteiras. Essa proposta obteve o apoio da delegação brasileira, mas foi rejeitada pelo plenário. Na ocasião, Manoel José Ferreira declarou:

with the decisions of the United Nations, 1. SUSPENDS the right of Portugal to participate in the Regional Committee for Africa and in regional activities until the government of that country has furnished proof of its willingness to conform to the injunctions of the United Nations; 2. SUSPENDS, pursuant to Article 7 of the Constitution, technical assistance to Portugal in application of point 9 of the operative part of resolution 2107 (XX) of the General Assembly; and 3. REQUESTS the Director-General to report to the Twentieth World Health Assembly on the measures which have been taken in application of the decisions of this resolution."

¹⁴ Texto traduzido a partir do original: "Professor SCORZELLI (Brazil) said that his delegation was unable to support the draft resolution in question because his Government took the view that the matter dealt with was outside the competence of WHO; the question was one that lay within the exclusive competence of the political bodies of the United Nations."

Pois bem, Senhor Presidente, a resolução que nos foi apresentada remete a questão da exclusão de Portugal do Comitê Regional para a África. A proposta feita a nós pelo ilustre delegado da Suíça poderia realmente ajudar a contornar esse ponto. Todos desejam que a OMS seja uma organização voltada para a proteção da saúde em todo o mundo, uma organização incapaz de decretar a exclusão de qualquer região do globo, independentemente das condições raciais, econômicas ou religiosas (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 203).¹⁵

Embora a justificativa da posição brasileira explorasse os possíveis efeitos prejudiciais no combate às doenças que a suspensão da assistência técnica a Portugal poderia acarretar, a postura do Brasil, e de outros países sul-americanos, foi percebida pelos delegados africanos como uma manifestação de simpatia à causa portuguesa:

Os países africanos compreendiam plenamente as dificuldades morais enfrentadas pela Argentina, pelo Brasil e pela Venezuela, mas estavam convencidos de que esses países também eram fundamentalmente contrários ao colonialismo, uma vez que também haviam sofrido no passado sob o jugo de potências estrangeiras (Doc.: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1966, p. 501).¹⁶

Quando a resolução foi aprovada, o orçamento da OMS para o ano de 1967 previa o envio de subsídios no valor de US\$ 95.954 para o financiamento da campanha de erradicação da malária no sul de Moçambique e para o custeio de programas de capacitação profissional em Angola, Moçambique, Macau e Timor, conforme discriminados na tabela abaixo:

¹⁵ Texto traduzido a partir do original: "Well now, Mr. President, the resolution submitted to us refers the question of the exclusion of Portugal back to the Regional Committee for Africa. The proposal made to us by the honourable delegate of Switzerland could really help to smooth over this point. Everyone wants WHO to be an organization for the world-wide protection of health, an organization incapable of decreeing the exclusion of any region of the world, whatever the racial, economic and religious conditions."

¹⁶ Texto traduzido a partir do original: "The African countries fully understood the moral difficulties confronting Argentina, Brazil and Venezuela, but were convinced that those countries also were fundamentally opposed to colonialism, since they too had suffered in the past under a foreign yoke."

Tabela 1. Orçamento previsto pela OMS para custeio de programas no ultramar português, 1967

Colônias / províncias ultramarinas	Finalidade do subsídio	Valor do subsídio em Dólares
Angola	Crédito para o ensino e formação profissional	US\$ 8.000
Moçambique	Crédito para pessoal e material do programa de erradicação da malária	US\$ 62.381
	Crédito para a formação profissional especializada sob forma de bolsas de estudo	US\$ 3.000
	Crédito para a formação de pessoal para execução do programa de saneamento	US\$ 14.173
Macau	Crédito para a formação profissional especializada sob forma de bolsas de estudo	US\$ 3.000
Timor	Crédito para a formação profissional especializada sob forma de bolsas de estudo	US\$ 5.400

Fonte: Doc.: DIREÇÃO, 1966a. p. 3-4.

Como alternativa ao corte dos programas patrocinados pela OMS, as autoridades portuguesas buscaram o amparo financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian (DOC.: DIREÇÃO, 1966a). Ao mesmo tempo, o apoio anteriormente prestado pela OMS foi minimizado pelo médico e deputado pelo círculo eleitoral de Cabo Verde, Augusto Salazar Leite, durante um discurso na Assembleia Nacional, em Lisboa:

Terrível decisão, que só pode nascer em espíritos recalcados e vingativos, perante a impossibilidade de vencer uma vontade baseada na justiça e no direito. [...] Na verdade, o que tem sido concedido pela Organização Mundial de Saúde é muito pouco: resume-se à concessão de escassas dezenas de bolsas de estudo de montante insuficiente para as necessidades vitais daqueles a quem têm sido concedidas e que o Governo da Nação sempre procurou completar, atingindo o que é normalmente concedido como ajudas de custo a funcionários. Além disso, e durante poucos anos, uma quantia que atingiria, em média, 2500 contos anuais, destinada ao programa de erradicação da malária em Moçambique, onde um grupo de técnicos da Organização Mundial de Saúde nos prestava auxílio, auferindo e despendendo soma mais elevada do que a que nos era concedida (Leite, 1968, p. 618).

A Resolução WHA 19.31 não contou com o apoio da delegação brasileira, tampouco do diretor da OMS, Marcolino Candau. O médico brasileiro tentou reverter a suspensão da assistência técnica a Portugal e criticou abertamente

a medida aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde, conforme publicado no jornal britânico *The Times*:

O Dr. Marcolino Candau, Diretor-Geral da Organização, em uma coletiva de imprensa hoje, lamentou a resolução da assembleia que pedia a suspensão da assistência técnica a Portugal e aos territórios que este administra em África. Ele acredita que a OMS não deveria privar nenhuma região de tal assistência (Doc.: ACCIDENT, 1966).¹⁷

A documentação aqui consultada não sugere a simpatia de Candau pelo colonialismo português em África. No entanto, para o Diretor-Geral da OMS, a Resolução WHA 19.31 refletia a contaminação dos trabalhos técnicos, que deveriam nortear a atuação da Organização, pelos debates políticos em torno da descolonização do continente africano. Apesar das críticas, a resolução manteve-se até 1975, ano que marcou oficialmente o fim do império colonial português em África (Shapiro, 1983).

Considerações finais

Este artigo examinou dois relatórios elaborados por médicos brasileiros enviados à África pela OMS, que analisaram as condições sanitárias nas colônias portuguesas entre 1958 e 1962. A atuação desses profissionais ocorreu em um contexto marcado pelo processo de descolonização dos continentes africano e asiático, bem como pela progressiva perda de influência de Portugal no âmbito da OMS. Até o começo dos anos 1960, o país mantinha representação em quatro dos seis escritórios regionais da Organização. Entretanto, em 1961, após a ocupação militar dos territórios de Goa, Diu e Damão pela União Indiana, Portugal perdeu seu assento no Escritório Regional para o Sudeste Asiático. Cinco anos depois, os portugueses foram expulsos do Escritório Regional para a África e excluídos do direito à assistência técnica, como resultado das pressões exercidas por Estados africanos recém-independentes, com apoio de países asiáticos e do leste europeu. Motivações políticas estiveram na origem dessas pressões, intensificadas pela disputa por profissionais e subsídios providos pela OMS.

¹⁷ Texto traduzido a partir do original: "Dr. Marcolino Candau, Director-General of the organization, at a news conference today deplored the assembly resolution calling for the suspension of technical assistance to Portugal, and the territories it administered in Africa. He believed that WHO should not deprive any area of such assistance."

Com a suspensão da assistência técnica aos territórios sob domínio português, recursos humanos, materiais e financeiros da agência multilateral foram redirecionados para outros países africanos. Prova disso foi a transferência dos técnicos que atuavam no combate à malária em Moçambique para programas conduzidos pela Organização na Nigéria e em Togo (Direção, 1966b).

O Brasil atuou como um aliado de Portugal durante os embates ocorridos na Assembleia Mundial de Saúde e recusou-se a apoiar a resolução que suspendeu a assistência técnica aos territórios portugueses. No período em que a cooperação esteve vigente, acordos firmados entre o Governo português e a OMS possibilitaram visitas de peritos internacionais aos territórios africanos sob administração de Lisboa. Entre esses peritos, destacaram-se os médicos brasileiros Manoel José Ferreira e Ernani Braga. Ambos observaram os serviços de saúde nas colônias portuguesas e propuseram medidas para aprimorá-los. Independentemente das posições pessoais que pudessem ter em relação ao colonialismo português, os peritos produziram trabalhos técnicos que foram instrumentalizados pelas autoridades de Portugal em sua estratégia diplomática para a defesa da presença portuguesa em África. Contudo, esse esforço mostrou-se infrutífero diante das forças dos movimentos contrários ao colonialismo.

Referências

AMARAL, I. Medicina tropical e ambiente em perspectiva: reconstituindo o puzzle da erradicação da doença do sono na ilha do Príncipe, 1914. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, vol. 7, n. 2, 2018. pp. 64-82. DOI <http://dx.doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2>.

ACCIDENT PREVENTION ROLE FOR WHO. The Times, London, 21 mai. 1966. **Arquivo Histórico Ultramarino**, Lisboa. Código de Referência: MU_DGSA_RSH_015. Caixa 5. Data 21 mai. 1966.

ASCENSÃO, J. F. A. Visita da missão da OMS a Moçambique. **Arquivo Histórico Ultramarino**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0772/UI12352/DC001. Data 21 ago. 1962.

BRAGA et al. Rapport de la mission de l'OMS sur la situation sanitaire dans la Guinée Portugaise, l'Angola et le Mozambique. **WHO Archives**, Genebra. Código de Referência: P8-451-4 JKT-1. Ano 1962.

BRAGA, E. F. Carta enviada ao Almirante M.M. de Sarmiento Rodrigues, Governador Geral de Moçambique. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR/S0772/UI12352/DC001. Data 13 set. 1962.

BROWN *et al.* A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 13, nº 3, 2006. pp. 623-647.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, J. S. Visita da missão da OMS a Moçambique. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR/S0772/UI12352/DC001. Ano 1962.

CARVALHO, T. O Brasil e o fim do império português. In: JERÓNIMO, M.B *et al.* (Org.). **Portugal e o fim do colonialismo**. Dimensões internacionais. Lisboa: Edições 70, 2014. Posições 4143 - 4925, E-book.

CASTELO, C. **‘O modo português de estar no mundo’**: O luso-tropicalismo e a ideologia colonial portuguesa (1933-1961). Porto: Edições Afrontamento, 2011.

CERVO, A. L. **A parceira inconclusa**. As relações entre Brasil e Portugal. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.

CHISHOLM, B. Introduction. In: World Health Organization. **Annual report of the diretor-general to the World Health Assembly**. Geneva: WHO, 1949. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/85603>. Acesso: 17/04/2025.

COGHE, S. **Políticas de população nos trópicos**. Demografia, saúde e transimperialismo na Angola colonial. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2024.

CORREIA, A. A. P. Informação Confidencial nº 82/A/17-4 ao Senhor Ministro do Ultramar. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR/S0772/UI12352/DC001. Ano 1962.

CUETO *et al.* El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. **Apuntes**, nº 69, 2011. pp. 129-156.

DIREÇÃO Geral de Saúde e Assistência. Informe 316/A/69. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR/S0772/UI12352/DC001. Ano 1962.

DIREÇÃO Geral de Saúde e Assistência. Informação nº 809. Sobre a entrada em execução da suspensão da assistência da OMS às nossas províncias ultramarinas. **Arquivo Histórico Ultramarino**, Lisboa. Código de Referência: MU_DGSA_RSH_015. Caixa 5. Ano 1966a.

DIREÇÃO Geral de Saúde e Assistência. Informação confidencial nº 1048. Retirada dos técnicos da OMS que têm colaborado na campanha de pré-erradicação do paludismo, no sul do Save, em Moçambique. **Arquivo Histórico Ultramarino**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0679/UI12858. Ano 1966b.

ENTREVISTA realizada na cidade da Beira com os membros da missão da Organização Mundial de Saúde que visitaram Moçambique, de 21 de junho a 10 de agosto de 1962. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0772/UI12352/DC001. Ano 1962.

FERREIRA, M. J. Report on malaria in Mozambique. Analyses of the epidemiology, feasibility and planning of a malaria eradication campaign. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0679/UI12858. Ano 1958.

GILCHRIST, F. I. Letter to Dr. M.G. Candau. **WHO Archives**, Genebra. Código de Referência: P8-451-4 JKT-1. Data 9 jul. 1962.

GIRÃO, A. A. **Atlas de Portugal**. Coimbra: Instituto de Estudos Geográficos, 1958.

GONÇALVES, W. S. **O realismo da fraternidade Brasil-Portugal**. Do Tratado de Amizade ao caso Delgado. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2003.

HAVIK, P. J.; MONTEIRO, J. P. Regionalismo(s) e colonialismo tardio em África: projetos interterritoriais e dinâmicas de cooperação em saúde. In: DORES, H. G. et al. (Org.). **Os impérios do internacional: perspectivas, genealogias e processos**. Coimbra: Edições Almedina, 2020. Posições 6348 - 7036. E-book.

HAVIK, P. J.; MONTEIRO, J. P. Portugal, the World Health Organization and the Regional Office for Africa: From founding Member to Outcast (1948-1966). **The Journal of Imperial and Commonwealth History**, 2021, DOI: 10.1080/03086534.2021.1892374.

HEADRICK, D. R. Sleeping sickness epidemics and colonial responses in East and Central Africa, 1900-1940. **PLoS Negl Trop Dis**, vol.8, nº2, 2014. DOI: [10.1371/journal.pntd.0002772](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002772).

JERÓNIMO, M. B. As políticas do 'bem-estar' no império português em África (anos 1960). **Varia Historia**, vol. 39, nº 81, 2023. pp. 1-41. DOI: 10.1590/0104-87752023000300014.

LEITE, A. S. A OMS e Portugal – A atividade dos médicos portugueses no ultramar. **O Médico**, vol. 46, n. 858, 1968. pp. 618-619.

LYONS, M. **The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

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

MATINE, M. H. **A integração de famílias autóctones no colonato do Limpopo em Moçambique, 1959-1977**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

MINISTÉRIO do Ultramar. Gabinete dos Negócios Políticos. Informação sobre a colocação de médicos de países comunistas afetos ao programa de erradicação do paludismo em Moçambique. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR1/S0679/UI12858. Ano 1964.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Actividades de la OMS en 1964**. Ginebra: OMS, 1965.

REIS, B. C. As primeiras décadas de Portugal nas Nações Unidas. Um Estado pária contra a norma da descolonização (1956-1974). In: JERÓNIMO, M. B; PINTO, A. C. (Org.). **Portugal e o fim do colonialismo**. Dimensões internacionais. Lisboa: Edições 70, 2014. Posições 4926 - 5831. E-book.

REPARTIÇÃO dos serviços de saúde e higiene à Repartição dos Negócios Políticos do Ministério do Ultramar. **Arquivo Histórico Diplomático**, Lisboa. Código de Referência: PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RR1/S0679/UI12849/DC002. Ano 1956.

SANTOS, A. S. Campanha de erradicação do paludismo. Relatório anual de 1961. **Arquivo Histórico Ultramarino**, Lisboa. Código de Referência: MU_DGSA_RSH_013. Caixa 2. Ano 1961.

SHAPIRO, M. F. **Medicine in the service of colonialism**: medical care in Portuguese Africa, 1885-1974. Doutorado, University of California, Los Angeles, E.U.A, 1983. p. 440.

SOEIRO, A. A campanha anti-sezonática no vale do Limpopo (1953-1955). **Anais do Instituto de Medicina Tropical**, vol. 14, nº 3/4, 1957. pp. 389-406.

SOEIRO, A. Relatório da atividade do Instituto de Investigação Médica de Moçambique em 1958 e plano de trabalho para o ano de 1960. **Anais do Instituto de Medicina Tropical**, vol. 16, nº 1/4, 1959. pp. 573-599.

SILVA, E. L. F. M. A participação portuguesa nos sétimos congressos internacionais de medicina tropical e malária em 1963: a defesa no Brasil da política ultramarina portuguesa em tempos de descolonização. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, vol. 23, nº 1, 2024, DOI <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.483>.

SILVA, E. L. F. M. **Coleções Coloniais MUHNAC: Medicina na Fraternidade**. Política e medicina tropical nas relações Brasil-Portugal em tempos de descolonização, décadas 1960-70. [2025]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=RX45TV1U23w>. Acesso em: 17 abr. 2025.

TELO, A. J. As últimas guerras de Portugal em África. In: OLIVEIRA, P. A; BORGES, J. V. (Org.). **Crepúsculo do império**. Portugal e as guerras de descolonização. Lisboa: Bertrand Editora, 2024. p. 29-48.

UNITED NATIONS. **General Assembly**. Plenary meeting 657th. New York: United Nations, 1957. Disponível em <https://digitallibrary.un.org>. Acesso em: 30 mar. 2025.

UNITED NATIONS. **General Assembly**. Resolution 2107. New York, 1965. Disponível em <https://digitallibrary.un.org/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nineteenth World Health Assembly**. Resolution AFR/RC15/R2 adopted by the Regional Committee for Africa at its Fifteenth Session on 9 September 1965. New York, 1966. Disponível em <https://iris.who.int/>. Acesso em: 02 abr. 2025.