

Entre a vacina e a doença, escolha a vacina: as remessas brasileiras de imunizantes contra a febre amarela para Portugal e suas colônias africanas, 1949-1971¹

Between the Vaccine and the Disease, Choose the Vaccine: Brazilian Exports of Yellow Fever Vaccines to Portugal and its African Colonies, 1949-1971

Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva*

RESUMO

Este estudo propõe compreender, por meio de uma abordagem que combina produção historiográfica com análise de fontes primárias, alguns fatores subjacentes ao envio de vacinas brasileiras contra a febre amarela para Portugal e seus territórios ultramarinos nas últimas décadas do colonialismo português na África. A imunização contra a febre amarela era fundamental para proteger os colonos que partiam para o continente africano, mas a vacina não era produzida em laboratórios portugueses. Nas décadas de 1960-1970, a mobilização de efetivos militares contra os movimentos independentistas nas colônias e a eclosão de surtos da doença na Guiné e em Angola intensificaram a demanda pelo imunizante. Este artigo defende que o envio da vacina brasileira para Portugal não apenas respondeu à demanda portuguesa em suas colônias, mas também

ABSTRACT

This study aims to understand, through an approach that combines historiographical production with analysis of primary sources, some of the underlying factors behind the shipment of Brazilian yellow fever vaccines to Portugal and its overseas territories in the final decades of Portuguese colonialism in Africa. Immunization against yellow fever was essential to protect settlers leaving for the African continent, but the vaccine was not produced in Portuguese laboratories. In the 1960s and 1970s, the mobilization of military forces against independence movements in the colonies and the outbreak of the disease in Guinea and Angola intensified the demand for the vaccine. This article argues that sending the Brazilian vaccine to Portugal not only responded to Portuguese demand in its colonies but was also in-

* Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil. ewertonfigueiredo@alumni.usp.br <<https://orcid.org/0000-0002-0652-5356>>

foi instrumentalizado a fim de obter contrapartidas favoráveis ao Brasil na África, especialmente em Angola.

Palavras-chave: Vacinas; Febre amarela; África; Relações luso-brasileiras.

strumental in obtaining favourable concessions for Brazil in Africa, especially in Angola.

Keywords: Vaccines; Yellow Fever; Africa; Luso-Brazilian relations.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos, entre os quais Cervo e Magalhães (2000), Gonçalves (2003), Carvalho (2014) e Alves (2022), apontaram a simpatia – ora mais explícita, ora mais contida – das autoridades brasileiras com o colonialismo português praticado na África durante as décadas de 1950 e 1970. Sem perder de vista esses estudos, o presente artigo articula ciência e diplomacia ao analisar um tema bastante específico, e ainda pouco explorado, da história das relações bilaterais luso-brasileiras: a exportação de vacinas contra a febre amarela, produzidas no Brasil, para Portugal e suas colônias africanas. O objetivo aqui traçado é compreender como essa cooperação não apenas supriu uma fragilidade do colonialismo português – dado que a febre amarela era endêmica nos territórios africanos sob administração portuguesa, porém o imunizante não era produzido na metrópole – como também foi utilizada com o intuito de obter contrapartidas a favor do Brasil no continente africano. Até meados da década de 1920, a febre amarela era considerada uma doença essencialmente humana, transmitida pelo mosquito *Stegomyia fasciata* – posteriormente rebatizado *Aedes aegypti* –, com prevalência nos centros urbanos da América Latina, do Caribe e da África Ocidental (Mitman, 2025). Em 1925, a Fundação Rockefeller, já envolvida em ações de controle da doença na América Latina, enviou uma missão científica à Nigéria, então sob domínio colonial britânico. Dois anos mais tarde, os cientistas da Fundação conseguiram infectar o *Macacus rhesus* com o sangue de Asibi, homem de 28 anos que apresentava sintomas leves da doença na localidade de Kpeve, na Costa do Ouro, também sob domínio britânico. Após mais de duzentas culturas sucessivas em meios diversos, com experimentações em camundongos e primatas, foi obtida, nos laboratórios da Rockefeller em Nova York, uma cepa viral atenuada, denominada 17D, que se tornaria a base da vacina contra a febre amarela (Benchimol, 2001). Em 1937, o imunizante foi testado no Brasil, revelando que 95% dos vacinados desenvolveram anticorpos protetores, e apenas efeitos colaterais leves foram ob-

servados – como dores de cabeça, fraqueza passageira e elevação da temperatura corporal (Löwy, 2006).

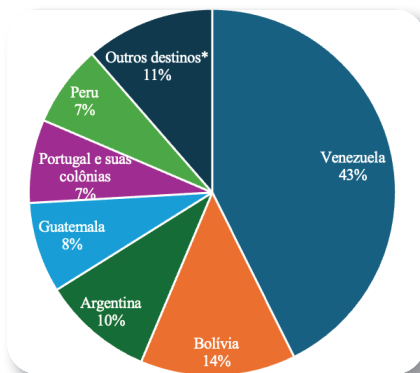
A vacina contra a febre amarela era produzida a partir de vírus atenuado e cultivado em ovos embrionados de galinha. Sua fabricação no Brasil, iniciada em 1937, esteve a cargo do Laboratório de Febre Amarela, administrado pela Fundação Rockefeller e construído nos terrenos do Instituto Oswaldo Cruz, instituição localizada na cidade do Rio de Janeiro e envolvida no combate à doença desde os primeiros anos do século XX. Em 1946, as instalações do laboratório foram transferidas para o Serviço Nacional de Febre Amarela e, quatro anos depois, o laboratório produtor da vacina foi incorporado ao Instituto Oswaldo Cruz (Benchimol, 2001).

Em 1950, no contexto da campanha de erradicação do *Aedes aegypti* no continente americano, o governo brasileiro assinou um convênio com a Organização Panamericana de Saúde. Pelo acordo, o laboratório produtor do imunizante do Instituto Oswaldo Cruz disponibilizaria a vacina antiamarilica, bem como análises de prova de proteção para testes de imunidade² e exames histopatológicos de amostras de fígado, para todos os países americanos (Magalhães, 2016).

De acordo com os relatórios sobre a produção e a movimentação de vacinas do Laboratório, entre 1950 e 1970 foram fabricadas 131.921.250 doses. Desse total, 88.136.600 foram destinadas às campanhas de vacinação no Brasil – conduzidas pelo Serviço Nacional de Febre Amarela, cujas atribuições foram incorporadas ao Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956 – e 11.274.100 doses foram exportadas para países americanos, entre eles Venezuela, Bolívia, Argentina, Guatemala e Peru. O gráfico abaixo apresenta os principais destinos de exportação da vacina produzida no Brasil.

Entre os países elencados no gráfico, sobressaem-se as nações sul-americanas. No entanto, fora do espaço da Organização Pan-americana de Saúde, Portugal e a maioria de suas colônias africanas – Angola, Guiné, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe – receberam a maior parte das vacinas exportadas pelo Brasil entre 1950 e 1970: 906.000 doses, equivalentes a 7% do total enviado ao exterior. Além disso, em 1971, ano “atípico”, foram destinadas a Portugal 3.975.000 doses – quantidade até então sem precedentes – para o controle de um surto de febre amarela em Luanda, como veremos no decorrer deste artigo.

Gráfico 1 – Principais destinos das exportações brasileiras de vacina contra a febre amarela, 1950-70.



Fonte: Relatórios de atividades do laboratório (1950-1970).

* Trinidad e Tobago, Nicarágua, Uruguai, México, Paraguai, Senegal, Costa Rica, Panamá, Chile, Guiana Francesa, Islândia, Equador, Turquia, Haiti e República Dominicana.

AS PRIMEIRAS REMESSAS DA VACINA PARA PORTUGAL

No Brasil, os focos do mosquito *Aedes aegypti* foram eliminados em 1958, em decorrência da adesão do país à campanha de erradicação do mosquito nas Américas. O uso massivo de inseticidas de ação residual, a vigilância sobre os focos de reprodução do mosquito, a cooperação entre as repúblicas americanas e a cobertura vacinal contribuíram para o controle da febre amarela nos centros urbanos brasileiros (Magalhães, 2016). No entanto, a doença permaneceu como uma ameaça latente nas áreas próximas a florestas³, como reconheceu Mário Pinotti, Ministro da Saúde do Brasil entre 1958 e 1960: “Não sendo possível combater os mosquitos de hábitos silvestres, nem os hospedeiros vertebrados, a melhor proteção que podemos oferecer às pessoas que têm contato com as matas, é a vacina” (Pinotti, 1959, p. 119).

Do outro lado do Atlântico, a febre amarela continuava sendo uma preocupação importante para o domínio colonial português. Em 1960, Manuel Torquato de Meira, médico assistente do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, publicou um pequeno manual, *Noções de Higiene Tropical*, no qual apresentou uma descrição concisa dos sintomas da doença, com o objetivo de instruir os colonos portugueses sobre as principais enfermidades incidentes

nos territórios africanos. Diante da ineficácia dos tratamentos então disponíveis, Meira destacou a vacinação como a principal medida preventiva contra a febre amarela:

Esta afecção, que é gravíssima sobretudo nos indivíduos de raça branca, caracteriza-se principalmente por febre desde o início, icterícia, e muito frequentemente pelo conhecido “vômito negro”, sintoma este porque também, muitas vezes, é designada a doença. Infelizmente não existe um tratamento eficaz a opor-se-lhe, e a mortalidade, principalmente durante os períodos epidêmicos da doença, é, em geral, muito grande.

[...] Como medidas preventivas [...] devendo, porém, destacar-se entre elas a vacinação, que atualmente é obrigatória para todos os indivíduos que se destinam a quase todas as regiões do Continente Africano, Províncias Portuguesas de Macau e Timor e Estado da Índia (Meira, 1960, pp. 63-64).

A produção de vacinas no Brasil atraiu o interesse de cientistas do Instituto de Medicina Tropical. Em novembro de 1944, João Fraga de Azevedo, diretor do Instituto, e Augusto Salazar Leite, professor da cadeira de Dermatologia e Micologia Tropicais, realizaram uma missão de estudos ao Brasil. Permaneceram cerca de 40 dias no país, dedicando especial atenção ao Instituto Oswaldo Cruz – onde acompanharam, entre outras atividades, a preparação da vacina antiamarílica – e ao Instituto Butantan, em São Paulo, reconhecido pela produção de soros antiofídicos (Silva; Mota, 2020). Tanto vacinas quanto soros eram insumos indispensáveis para suprir as demandas do império colonial português. Por essa razão, Fraga de Azevedo defendeu a produção de vacinas antiamarílicas em Portugal como estratégia de controle da doença nas colônias africanas, sobretudo em Angola e na Guiné, embora admitisse a possibilidade de recorrer ao fornecimento externo do imunizante:

Deve dizer-se, porém, que o problema da especificidade da vacina antiamarílica não existindo, como no caso dos soros antivenenosos, já poderá ser dispensável entre nós a sua preparação, uma vez que, a guerra terminada, haja possibilidade de garantir o fornecimento da vacina de que possamos carecer (Azevedo, 1945, pp. 56-57).

Em 1943, com o propósito de imunizar os portugueses que partiam para a África, foi criado o Serviço de Vacinação, integrado à Cadeira de Higiene do Instituto de Medicina Tropical. Para responder à crescente demanda, suas ati-

vidades foram ampliadas, passando a incluir vacinas contra cólera, varíola, peste e tifo exantemático (Relatório sobre as atividades, 1946). Ainda assim, a vacina contra a febre amarela se destacava: entre 1947 e 1951, das 54.303 doses aplicadas, 45.598 correspondiam ao imunizante antiamarílico, representando 84% do total administrado no período (Azevedo, 1952).

A partir de 1949, a vacina contra o vírus amarílico passou a ser fornecida gratuitamente pelo laboratório, sediado no Rio de Janeiro. Apenas nos três primeiros anos (1949-1951), o Instituto de Medicina Tropical recebeu 64.000 doses da vacina produzida no Brasil (Anexo à carta VFA..., 1966), o que levou Fraga de Azevedo a agradecer a oferta brasileira:

Digno do nosso maior reconhecimento por nos ter continuado a ser cedida gratuitamente a vacina antiamarílica é o Serviço Nacional de Febre Amarela do Brasil, dirigido pelo Dr. Waldemar Antunes.

Deve ver-se, porém, neste ato não apenas uma prova de grande altruísmo, mas ainda uma manifestação de estima luso-brasileira que muito agradavelmente nos apraz registrar (Azevedo, 1952, p. 317).

No entanto, como salientou Antwi-Boasiako (2022), a diplomacia das vacinas possui motivações que vão além do altruísmo, pois a doação de imunizantes atende aos interesses do país doador em exercer algum tipo de influência sobre o Estado receptor. Tendo em vista essa concepção, pretendo demonstrar ao longo deste artigo, com base em consulta documental, que o envio da vacina brasileira para Portugal não apenas respondeu à demanda portuguesa em seus territórios ultramarinos, mas também foi instrumentalizado, a partir da década de 1960, na tentativa de obter contrapartidas favoráveis ao Brasil na África, especialmente em Angola.

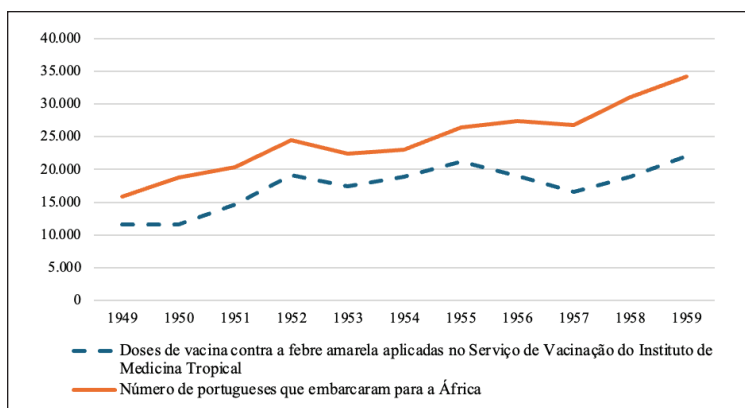
A FEBRE AMARELA NA ÁFRICA SOB DOMÍNIO PORTUGUÊS

A valorização das cotações internacionais de produtos como café, cacau, açúcar e borracha dinamizou as exportações das colônias portuguesas na África e incentivou uma inédita vaga migratória para esses territórios, sobretudo para Angola e Moçambique (Castelo, 2007). Além disso, o regime ditatorial do Estado Novo, comandado por Oliveira Salazar, interessado em reforçar a presença portuguesa no continente africano, promoveu o povoamento europeu por meio do envio de famílias camponesas pobres para ocuparem terras destinadas a projetos oficiais de colonização, como o colonato de Cela, criado

em 1952 no planalto de Amboim, em Angola (Feio, 1998), e do Limpopo, implementado em 1953 no sul de Moçambique (Pimenta, 2024).

O aumento do número de portugueses com destino à África contribuiu também para a elevação da procura por vacinas contra a febre amarela em Lisboa durante a década de 1950 – embora a demanda pelo imunizante tenha crescido em ritmo menos acentuado do que o fluxo migratório para as colônias, conforme ilustrado no gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Relação entre a quantidade de doses vacinais contra a febre amarela aplicadas no Instituto de Medicina Tropical e o número de passageiros portugueses embarcados na metrópole com destino à África, 1949-1959.



Fonte: Azevedo (1956; 1957; 1960) e Portugal (1952; 1953; 1955; 1956; 1957; 1958; 1959; 1960).

Em 1944, na sequência de um surto de febre amarela na Guiné, o Instituto de Medicina Tropical enviou uma missão composta pelos médicos Fraga de Azevedo, Francisco Cambournac e Manuel Reimão Pinto para estudar a disseminação da doença na colônia. Foram colhidas amostras sanguíneas de 188 indígenas – denominação empregada pela administração colonial para designar os nativos africanos sem acesso à cidadania portuguesa. Os exames revelaram a presença de anticorpos em cerca de 80 amostras, mas os resultados foram considerados inconclusivos, uma vez que a população havia sido vacinada no ano anterior (Azevedo, 1947).

Desde 1941, a vacina antiamarílica também vinha sendo aplicada na vizinha África Ocidental Francesa, por determinação das autoridades coloniais,

para proteger seus militares e evitar que a população nativa atuasse como reservatório do vírus. Diferentemente da vacina 17D, o imunizante elaborado pelos franceses em Dacar não requeria refrigeração e tinha menor custo de produção. Contudo, seus efeitos colaterais podiam causar encefalite fatal, especialmente em crianças menores de dez anos. Por essa razão, a aplicação foi proibida em menores europeus em 1951 e, nove anos mais tarde, a interrupção estendeu-se às crianças africanas, evidenciando uma valorização da vida baseada em critérios raciais (Mitman, 2025).

Na década de 1950, inquéritos sorológicos foram realizados em Angola e em São Tomé e Príncipe para rastrear a incidência de febre amarela – iniciativas alinhadas com os objetivos da Organização Mundial de Saúde, interessada em delimitar as áreas em risco no continente africano, mas também uma resposta direta ao crescimento da população de origem europeia nas possessões ultramarinas de Portugal.

Em 1952, Francisco Cambournac coordenou um estudo em Angola baseado na coleta de 1549 amostras sanguíneas, em sua maioria de crianças com menos de 15 anos de idade (Cambournac et al., 1955). No mesmo ano, realizou outro inquérito em São Tomé e Príncipe com a coleta de 295 amostras sanguíneas de crianças (Cambournac; Gândara, 1955). A escolha de crianças africanas não foi casual, pois, como admitiu Cambournac: “[em Angola] as vacinações antiamarílicas se estendiam simplesmente aos centros urbanos e vilas com europeus” (Cambournac, et al., 1955, p. 106). Portanto, a presença de anticorpos protetores contra a doença nas crianças africanas seria atribuída ao contato com o vírus, transmitido por mosquitos, e não à vacinação.

O material recolhido nas duas colônias foi enviado a laboratórios credenciados pela Organização Mundial de Saúde na África: o *South African Institute for Medical Research*, em Johannesburg, e o *Virus Research Institute of Yellow Fever*, em Entebbe. Neles foram realizados testes de proteção em camundongos para verificar a presença de anticorpos: 38 amostras coletadas em Angola apresentaram resultados positivos, a maioria proveniente do norte da colônia (Cambournac et al., 1955), e cinco amostras coletadas em São Tomé e Príncipe foram consideradas inconclusivas, mas nenhuma positiva (Cambournac; Gândara, 1955).

Os dados sobre a imunidade humana contra o vírus amarelo nas colônias portuguesas foram apresentados no Colóquio da Febre Amarela em África, promovido pela Organização Mundial de Saúde em Campala, em setembro de 1953 (Cambournac, 1953). No ano seguinte, a Assembleia Mundial de

Saúde, com base nessas e em outras informações recolhidas no continente africano – ainda largamente submetido ao domínio colonial europeu –, definiu as áreas de receptividade (regiões sem casos conhecidos, mas com condições para a transmissão da doença devido à presença de vetores) e as zonas de endemicidade amarílica (locais com registros da doença). Nesse contexto, tornou-se obrigatória a apresentação do certificado de vacinação antiamarílica para viajantes procedentes de zonas endêmicas com destino a áreas de receptividade. Nos territórios portugueses, Moçambique e Cabo Verde foram classificados com áreas de receptividade, enquanto Angola e Guiné foram reconhecidas como zonas endêmicas (Hood, 1956).

Paralelamente, a década de 1950 foi marcada pela afirmação do princípio de autodeterminação dos povos e pelo fortalecimento dos movimentos anticoloniais na Ásia e na África, expressos durante a Conferência de Bandung, ocorrida em abril de 1955 na Indonésia. Nesse mesmo ano, Portugal ingressou nas Nações Unidas e, em fóruns internacionais, passou a ser instado a prestar informações sobre a situação socioeconômica de seus territórios não autônomos. O regime ditatorial português, no entanto, procurou convencer a comunidade internacional de que Portugal não possuía colônias, mas “províncias ultramarinas” plenamente integradas à metrópole, cujas populações seriam tratadas sem qualquer discriminação racial (Leme, 2011).

O discurso oficial do Estado Novo buscou legitimar sua presença colonial apropriando-se das teses do sociólogo brasileiro Gilberto Freyre, que ressaltava a predisposição dos portugueses à miscigenação e à interpenetração cultural nos trópicos (Castelo, 2011 [1999]). O Brasil, visto como o arquétipo da colonização portuguesa, mostrou-se um aliado de Portugal e do colonialismo português durante o governo de Juscelino Kubitschek (Gonçalves, 2003). Contudo, no início da década de 1960, com a efervescência dos movimentos independentistas e com o ingresso de países africanos recém-independentes nas Nações Unidas, o Brasil adotou uma postura menos alinhada com as posições portuguesas.

A GUERRA NA ÁFRICA E A PROCURA POR VACINAS...

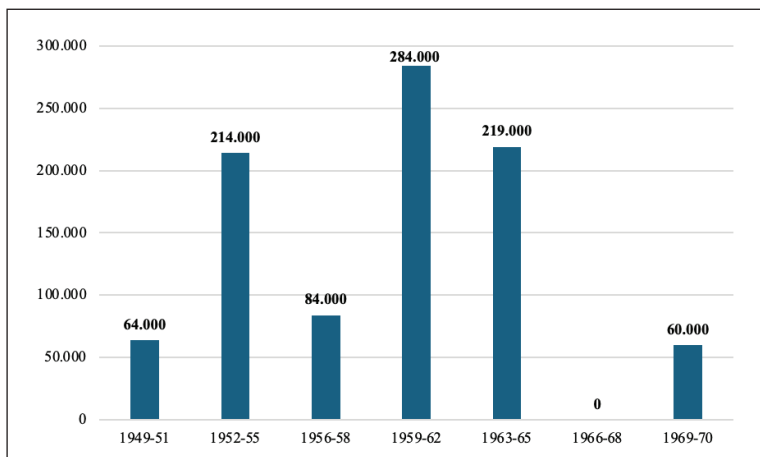
A eclosão e o desenrolar de conflitos armados contra os colonizadores portugueses em Angola (1961-1974), Guiné (1963-1974) e Moçambique (1964-1974) marcaram as relações entre Portugal e Brasil no decorrer das décadas de 1960 e 1970. Nos fóruns internacionais, nomeadamente na Assem-

bleia Geral das Nações Unidas, diversas resoluções foram aprovadas condenando o colonialismo português e exigindo o fim imediato da repressão militar aos movimentos independentistas nas colônias portuguesas na África. O Brasil, sob as presidências de Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961-1964), procurou implementar uma política externa voltada à diversificação dos laços internacionais do país, à expansão do comércio exterior brasileiro e ao estabelecimento de relações com os recém-independentes Estados africanos (Vidigal, 2021 [2014]). Nesse período, a diplomacia brasileira, embora assumisse nos fóruns internacionais uma postura crítica em relação ao colonialismo, evitou adotar medidas que pudessem hostilizar o governo português (Cervo; Magalhães, 2000). Assim, quando o conflito armado em Angola foi debatido na Assembleia Geral das Nações Unidas, o governo brasileiro comunicou às autoridades portuguesas sua decisão de abster-se na votação de uma resolução contrária aos interesses de Lisboa naquele território:

O Presidente da República, depois de haver examinado detidamente com o Ministro das Relações Exteriores o problema de Angola em causa nas Nações Unidas, entende que a orientação do nosso País decorre, de um lado, da firme posição anticolonialista do Governo e, de outro, dos compromissos internacionais e dos vínculos de natureza especialíssima que unem o Brasil e Portugal. Consequentemente, estão a ser expedidas instruções à nossa Delegação na ONU no sentido de se abster da votação da proposta sobre a matéria (Direção Geral dos Negócios Políticos..., 1962, p. 1).

Apesar da postura anticolonialista adotada pelo governo brasileiro, o Instituto Oswaldo Cruz manteve o fornecimento de vacinas anti-amarelas para Lisboa. Entre 1959 e 1962, o envio de vacinas brasileiras para Portugal atingiu o seu ponto mais alto, com uma média anual de 71.000 doses, conforme indicado no gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Doses de vacina antiamarilica produzidas no Brasil e enviadas para Portugal e colônias africanas, 1949-1970.



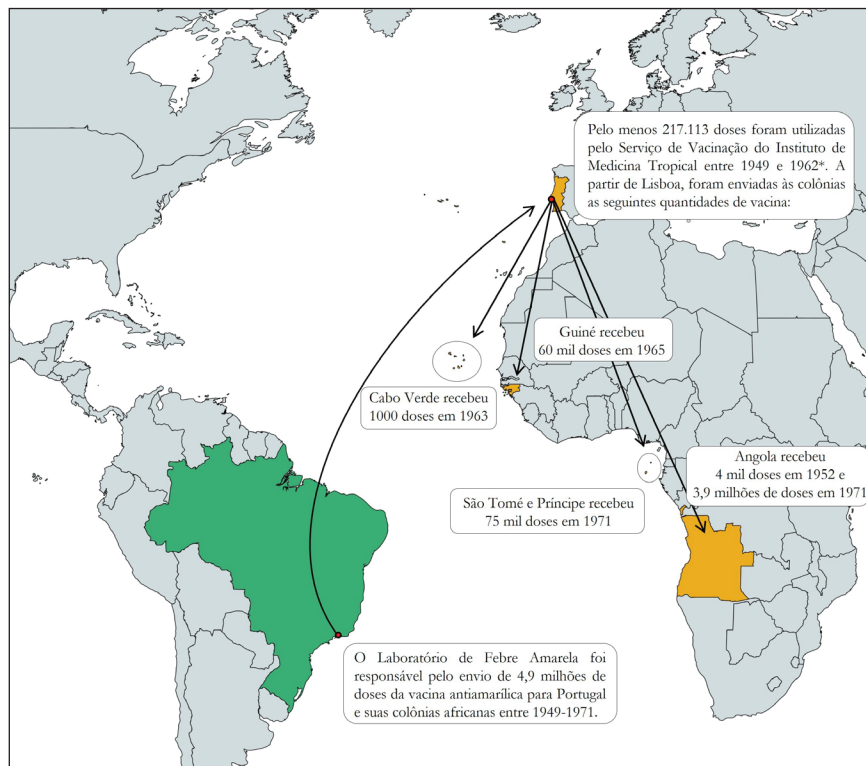
Fonte: Relatórios de atividade do Laboratório (1949-1970).

Os ofícios encaminhados ao laboratório produtor da vacina, no Rio de Janeiro, registraram o trâmite das solicitações do imunizante. O Serviço Nacional de Febre Amarela, dirigido por Waldemar Antunes, recebia os pedidos formulados por médicos portugueses do Instituto de Medicina Tropical, entre eles Francisco Cambournac e Luís Ré, nos quais a quantidade de doses necessárias eram discriminadas (Antunes, 1952). Em seguida, Antunes incumbia o médico responsável pelo laboratório, Henrique de Azevedo Penna, de preparar as vacinas e remetê-las à Embaixada de Portugal, que, por sua vez, as encaminhava a Lisboa em mala diplomática e por via aérea. Até 1956, os pedidos do Instituto de Medicina Tropical eram dirigidos ao Serviço Nacional de Febre Amarela. A partir dessa data, passaram a ser formulados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais ou diretamente ao Instituto Oswaldo Cruz. As vacinas eram liofilizadas, processo de secagem a vácuo por congelamento, e acondicionadas em ampolas que rendiam até 200 aplicações (Vacina antiamarilica, 1962).

Enquanto a metrópole recebia gratuitamente vacinas brasileiras, os territórios ultramarinos adquiriam o imunizante contra a febre amarela de laboratórios localizados no continente africano: o *South African Institute for Medical Research* fornecia vacinas para Moçambique, Angola e São Tomé e Príncipe e o *Institut Pasteur* de Dacar remetia o imunizante para Guiné e Angola. A do-

cumentação consultada registra o envio de pequenas quantidades de vacinas brasileiras para as colônias africanas de Portugal, pelo menos até meados da década de 1960, como evidencia o mapa a seguir:

Mapa 1 – Remessas de vacinas antiamarílicas do Brasil a Portugal e ao ultramar português, 1949-1971.



Fonte: Relatórios de atividade do Laboratório (1949-1970);
Azevedo (1952; 1956; 1960); Leite (1963).

*Os relatórios com os dados sobre a aplicação de vacinas no Instituto de Medicina Tropical foram publicados até 1962 (Azevedo, 1952; 1956; 1960; Leite, 1963).

Em 1961, devido aos efeitos colaterais observados em crianças que recebiam a vacina produzida em Dacar, a administração colonial da Guiné solicitou ao Ministério do Ultramar a dispensa da exigência de vacinação para menores de dez anos (Correia, 1961). O pedido foi recusado sob a justificativa de que a medida poderia “acarretar inconvenientes de ordem sanitária”. Como al-

ternativa, as autoridades em Lisboa recomendaram a aquisição de vacinas produzidas no Brasil, consideradas mais seguras (Silva, 1961). No ano seguinte, os serviços de saúde da Guiné, representados pela empresa “Sociedade Comercial de Representações”, e de Angola, representados pela firma “Dantas, Valadas & Cia”, contactaram o Instituto Oswaldo Cruz com pedidos de vacinas. No caso angolano, a “Dantas, Valadas & Cia” requereu um orçamento para a aquisição de 100.000 doses do imunizante contra a febre amarela (Vacina antiamarílica, 1962). Ao tomar conhecimento desses pedidos, Henrique de Azevedo Penna defendeu a venda das vacinas, especialmente quando se tratava de solicitações em grandes quantidades:

Esta Divisão não estaria em oposição a que se negociasse vacina com quem quer que fosse, desde que os proventos consequentes dessa transação viessem a ser postos à disposição da mesma Divisão, onde seriam utilizados em aquisição de material para uso nos seus laboratórios. Por outro lado, a distribuição gratuita de vacinas estabelece uma concorrência desigual com laboratórios comerciais e mesmo Institutos científicos que comerciam com os produtos biológicos que fabricam (Penna, 1962, p. 1).

Apesar dos argumentos apresentados por Penna, a Embaixada de Portugal recebeu do Instituto Oswaldo Cruz a informação de que o imunizante poderia ser fornecido gratuitamente para o ultramar português. Todavia, seria conveniente:

Elaborar um plano conjunto para todo o território, quer metropolitano, quer ultramarino, por forma a determinar-se as necessidades presumíveis e a fixar-se uma quota mensal que regularmente seria oferecida (Ministério do Ultramar, 1962, p. 13).

No ano seguinte, a Direção-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar solicitou aos serviços de saúde provinciais que informassem a quantidade necessária de vacinas contra a febre amarela para cada território ultramarino da África e do Oriente. O levantamento resultou nos seguintes números: Angola solicitava 70.000 doses anuais; a Guiné, 4.000; Cabo Verde, 3.000; São Tomé e Príncipe, outras 3.000; Moçambique, 10.000; e, para a metrópole, o Instituto de Medicina Tropical requeria 100.000 doses. No Oriente, Macau e Timor não aplicavam o imunizante. Somados, os pedidos totalizavam 190.000 doses anuais (Silva, 1964a).

Entretanto, o fornecimento de vacinas brasileiras para Portugal não atin-

gia aquela cifra. Em janeiro de 1964, o Instituto Oswaldo Cruz enviou 28.000 doses para Lisboa e, nos meses seguintes do primeiro semestre, nenhuma remessa adicional foi realizada (Relatório de atividades do Laboratório, 1964). Em abril, o Serviço de Vacinação do Instituto de Medicina Tropical enfrentava sérias dificuldades, pois o estoque disponível era insuficiente para atender à demanda, agravada pelo envio de tropas para a África: “Está o Serviço de Vacinação presentemente reduzido a pouco mais de mil doses da referida vacina e dada a sua escassez fomos coagidos a suspender o programa de vacinação de militares destinados ao nosso Ultramar (Ferreira, 1964, p. 92)”.

Naquele momento, Portugal encontrava-se em guerra contra os movimentos independentistas em Angola e na Guiné. Em 1964, o Exército português mobilizou 67.688 homens para aquelas duas colônias (Sousa, 2024), destinados a combater em regiões onde a febre amarela era endêmica. No final desse mesmo ano, um surto da doença na Guiné afetou 18 militares, dos quais 15 morreram (Pinto, 1965).

Diante das dificuldades no fornecimento do imunizante, a direção do Instituto de Medicina Tropical chegou a considerar a compra de vacinas na África do Sul. Contudo, o custo estimado da operação ultrapassava as disponibilidades orçamentárias do Instituto. Restava, assim, a alternativa de insistir junto ao Brasil para garantir o abastecimento contínuo da vacina de que Portugal tanto necessitava:

Há, portanto, necessidade de manter o sistema até aqui adotado recebendo gratuitamente a vacina do Departamento Nacional de Endemias Rurais do Brasil. Como ultimamente se tem verificado uma grande irregularidade no envio das vacinas convém insistir pelo envio regular e periódico e sugere, o Chefe do Serviço de Vacinações, a possibilidade de um contato direto uma vez que temos tido ultimamente grandes dificuldades na obtenção de vacinas (Leite, 1964, p. 79).

O Chefe do Serviço de Vacinações, Jorge Carlos de Mello Vieira, foi escolhido para viajar ao Brasil com o objetivo de negociar o fornecimento regular de vacinas para Portugal. O médico português permaneceu no Rio de Janeiro entre 10 e 31 de agosto de 1964, ocasião em que foi informado de que o Instituto Oswaldo Cruz negociava um convênio com a Organização Mundial de Saúde para o abastecimento de vacinas destinadas ao continente africano. Essa circunstância inviabilizaria, naquele momento, a resposta a pedidos de grandes quantidades, como os apresentados por Portugal. Durante a estadia, Mello Vieira aproveitou para realizar um estágio no laboratório de vacina an-

tiamarílica, acompanhando de perto o processo de produção ao lado de Henrique de Azevedo Penna. Ao final da experiência, concluiu que a fabricação do imunizante em território português não seria viável, devido aos elevados custos de infraestrutura exigidos para a instalação de um laboratório (Vieira, 1964).

Meses antes da visita do Chefe do Serviço de Vacinações, em março de 1964, o Brasil vivenciou um golpe de Estado civil-militar que depôs o presidente João Goulart e instaurou um regime ditatorial tutelado pelos militares. A mudança política repercutiu diretamente no Instituto Oswaldo Cruz, a começar pela substituição de sua direção: Joaquim Travassos da Rosa foi sucedido por Francisco Rocha Lagoa (Lent, 2019 [1978]).

O novo diretor recebeu o médico português, demonstrando “o maior interesse em intensificar as relações entre Portugal e Brasil no campo da medicina tropical” (Vieira, 1964, p. 2). Das conversações resultou um esboço de acordo de cooperação científica entre os dois países que previa o fornecimento, pelo Instituto Oswaldo Cruz, de até 170.000 doses anuais da vacina anti-tiamarílica destinadas ao Instituto de Medicina Tropical e às províncias ultramarinas portuguesas. Em contrapartida, Portugal deveria colocar à disposição dos técnicos brasileiros os laboratórios do Instituto de Medicina Tropical e dos Institutos de Investigação Médica de Angola e de Moçambique, assegurando-lhes todas as facilidades necessárias para a realização de pesquisas (Esboço de acordo entre..., 1964, p. 2).

No final de agosto, Jorge de Mello Vieira regressou a Lisboa com uma cópia do documento e com 80.000 doses da vacina contra a febre amarela. O acordo explicitava a intenção do Instituto Oswaldo Cruz de se projetar nos territórios africanos sob domínio português em troca do fornecimento regular de vacinas. Em Lisboa, essa cláusula gerou resistência: nos bastidores do Ministério do Ultramar a proposta foi mal recebida, e Joaquim Ferreira da Silva, Diretor-Geral de Saúde e Assistência, recomendou ao ministro a rejeição do acordo:

[...] a proposta de um acordo entre os Governos de Portugal e Brasil para cooperação nos domínios da pesquisa científica e da medicina tropical, cujas cláusulas aquele Diretor me enviou, mas que me parecem difíceis de atender especialmente no que respeita à presença dos Técnicos do Instituto Oswaldo Cruz nos institutos de Investigação Médica de Angola e Moçambique onde passariam a trabalhar.

A situação não me parece de aceitar, mas, no entanto, tenho a honra de trazer o assunto à superior consideração de Vossa Excelência para os efeitos que Vossa Excelência tenha por mais convenientes (Silva, 1964b, p. 108).

A recusa manifesta nesse episódio explica-se pelos receios de Lisboa quanto à possível ingerência brasileira nos territórios ultramarinos de Portugal na África. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, o Brasil buscou ampliar seus mercados externos para acompanhar a expansão econômica e industrial que então vivenciava. Nesse contexto, os recém-independentes países africanos surgiam como potenciais compradores de produtos industrializados brasileiros e como fornecedores de insumos estratégicos, como o petróleo (Alves, 2022).

Em relação ao domínio colonial português, o governo brasileiro manteve-se como aliado de Lisboa. Contudo, não faltaram vozes no Itamaraty que antecipavam o fim do colonialismo e defendiam para o Brasil um papel de liderança junto a Angola e Moçambique após a conquista de suas respectivas independências. Foi o caso de Álvaro Lins, embaixador brasileiro em Portugal entre 1956 e 1959, que escreveu:

Realmente, se haveremos de ser um dia os herdeiros, não da colonização, mas da influência de Portugal em territórios como o de Angola, devemos ir nos preparando para essa missão e essa responsabilidade, com a nossa presença, com a nossa assistência aos nativos, com as nossas comunicações mais produtivas com os seus habitantes, em matéria de valores de cultura e produtos de comércio (Lins, 1960, p. 277).

Por outro lado, as autoridades portuguesas desconfiavam das intenções brasileiras e procuraram neutralizar a influência do país sul-americano nas colônias africanas. Nesse sentido, Franco Nogueira, Ministro dos Negócios Estrangeiros entre 1961 e 1969, referiu-se ao “incipiente imperialismo brasileiro visando Angola, de que teremos de nos defender” (Nogueira, 1987 [1986], p. 261). Até mesmo iniciativas voltadas à promoção de congressos médicos envolvendo brasileiros em Angola foram recebidas com reservas, como atesta um parecer da Direção-Geral de Saúde e Assistência do Ministério do Ultramar: “É de recordar ainda os desejos dos vários setores brasileiros em exercer a sua influência em Angola a pretexto de intercâmbios culturais, comerciais etc.” (Direção Geral de Saúde..., 1964, p. 2).

No que tange ao acordo luso-brasileiro de cooperação em medicina tro-

pical, proposto em 1964, Francisco Rocha Lagoa dirigiu uma carta a seu homólogo no Instituto de Medicina Tropical, Francisco Cambournac, na qual insistia na concretização do acordo:

Recebemos a visita do Doutor Jorge Carlos Mello Vieira que nos brindou com o prazer de sua companhia por alguns dias, na qualidade de estagiário, visando o problema da vacina antiamarilica. Ao regressar a Portugal, foi o mesmo portador de uma proposta de convênio entre nossos países, em que se oficializava o fornecimento de vacinas antiamarilicas ao Instituto de Medicina Tropical [...] aguardamos, até o presente, a manifestação de V. Exa. e do Governo português, sobre o assunto, a fim de regularizá-lo definitivamente (Lagoa, 1965, p. 128).

Apesar das insistências de Lagoa o acordo não chegou a ser firmado e o fornecimento de vacinas brasileiras ao Instituto de Medicina Tropical foi momentaneamente interrompido, consolidando a segunda metade da década de 1960 como um período de redução no envio de imunizantes contra a febre amarela para Portugal e suas colônias:

Quadro 1 – Doses da vacina contra a febre amarela, produzidas no Brasil e enviadas para Portugal e suas colônias africanas, 1960-1970.

Anos	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Doses	40.000	100.000	44.000	51.000	108.000	60.000	0	0	0	40.000	20.000

Fonte: Relatórios de atividades do laboratório (1949-1970).

Paralelamente, com o endurecimento da ditadura civil-militar no Brasil após 1968, intensificaram-se as perseguições políticas a cientistas do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1970, dez pesquisadores do Instituto foram aposentados compulsoriamente: Haity Moussatché, Herman Lent, Moacyr Vaz de Almeida, Augusto Cid Mello Perissé, Hugo de Souza Lopes, Sebastião José de Oliveira, Fernando Braga Ubatuba, Tito Cavalcanti, Domingos Arthur Machado Filho e Masao Goto (Lent, 2019). Esse trágico episódio, conhecido como o “Massacre de Manguinhos”, privou o Instituto Oswaldo Cruz de cientistas experientes e pode ter comprometido sua capacidade institucional de disponibilizar técnicos qualificados para a realização de estágios na África, como previa o esboço do acordo de cooperação no âmbito da medicina tropical de 1964.

A interrupção no fornecimento do imunizante obrigou o Instituto de Medicina Tropical a adquirir 150.000 doses da vacina produzida na África do Sul, país cujo regime apoiava o colonialismo português. Contudo, o custo impre-

visto dessa operação comprometeu a capacidade orçamentária do Instituto, que passou a enfrentar dificuldades para honrar seus compromissos e, por consequência, assegurar o fornecimento contínuo do imunizante sul-africano: “A presente situação poderá criar grandes dificuldades com relação à aquisição de novas vacinas que, nas circunstâncias atuais, não poderão pedir, certamente, ao South African Institute for Medical Research” (Silva, 1965, p. 56).

Em 1969, o Instituto Oswaldo Cruz retomou o envio das vacinas para Portugal, ainda que em quantidades reduzidas. Dois anos mais tarde, um episódio ocorrido em Luanda evidenciaria a dependência portuguesa em relação às vacinas produzidas no Brasil.

A APROXIMAÇÃO ENTRE DITADURAS E O SURTO DE FEBRE AMARELA EM LUANDA, 1971

A política externa brasileira, após o golpe civil-militar de 1964, priorizou a aliança com o Ocidente, com o intuito de contribuir para a contenção da influência soviética no contexto geopolítico da Guerra Fria. Essa orientação reaproximou Brasília da retórica oficial do Estado Novo, que procurava enquadrar o esforço militar português na África como parte da defesa dos valores ocidentais frente à ameaça representada por Moscou (Carvalho, 2014). A partir de 1965, o Brasil alinhou-se com Portugal na maioria das votações da Assembleia Geral das Nações Unidas relativas ao colonialismo português. Esse posicionamento evidenciou-se, por exemplo, na Resolução 2184 (XXI), de 12 de dezembro de 1966, que condenou a política do governo de Lisboa como um crime contra a Humanidade por violar os direitos econômicos e políticos das populações africanas (United Nations, 1966). Da mesma forma, na Resolução 2395 (XXIII), de 29 de novembro de 1968, que repudiou a repressão militar portuguesa aos movimentos independentistas nas colônias africanas, o Brasil figurou entre os três únicos países a votar contra o texto, ao lado de Portugal e da África do Sul, então sob o regime do Apartheid (United Nations, 1968).

Em 1971, a guerra em Angola completava dez anos. Na periferia de Luanda, as Forças Armadas mantinham a céu aberto um grande depósito de pneus de veículos militares. Com as chuvas do verão de 1970/71, esses pneus acumularam água, transformando o local em um extenso criadouro do mosquito *Aedes aegypti*. O depósito situava-se junto aos muçequês – bairros extremamente pobres, marcados por habitações precárias e ausência de sanea-

mento básico –, cenário que favoreceu a proliferação do vetor, como salientou José Pereira Nunes, Inspetor Provincial de Saúde:

Na realidade das insuficiências de saneamento do meio a que mais afetou a problemática da febre amarela foi a falta de abastecimento de água aos bairros periféricos. É nas reservas de água limpa que os habitantes destes bairros são forçados a manter junto às suas precárias residências que o vetor encontrou um lugar de eleição para se multiplicar (Nunes, 1971, p. 38).

Nos principais centros urbanos da África sob administração portuguesa, a febre amarela não era considerada um problema pelas autoridades sanitárias, pois a sua incidência parecia restrita às áreas próximas às florestas. Essa convicção foi expressa por Francisco Cambournac: “Pode dizer-se que, em Angola e na Guiné, a doença se encontra confinada às zonas da selva, onde se mantém o vírus amarílico em macacos e gálagos” (Cambournac, 1967, p. 173).

Assim, a epidemia de febre amarela em Luanda surpreendeu as autoridades portuguesas. Em janeiro de 1971, o Hospital de Doenças Infecciosas da cidade registrou a entrada de diversos pacientes apresentado “sintomas hemorrágicos, hematêmese, icterícia e rápida progressão fatal” (Pinto; Filipe, 1971, p. 708). Diante da suspeita clínica, exames histopatológicos realizados em cinco casos fatais confirmaram tratar-se de um surto de febre amarela.

Inicialmente, a epidemia foi silenciada na imprensa local. Somente a partir de março, o jornal *Diário de Luanda* passou a noticiar as medidas adotadas para o controle da doença: pulverização aérea e terrestre com inseticidas, inspeções domiciliares para eliminar criadouros de mosquitos e campanhas de vacinação. Em 25 de março, o Secretário Provincial de Saúde, Sousa Pereira, concedeu entrevista ao jornal anunciando a intenção de estender a cobertura vacinal a quase toda a população de Angola, desde que fosse “alcançada a condição de fornecimento de vacinas” (Angola está a vencer..., 1971, p. 6).

Para atender a essa necessidade, as autoridades negociaram com a África do Sul o fornecimento de 200.000 doses do imunizante contra a febre amarela, obtendo como resposta do *South Africa Institute for Medical Research* a disponibilidade imediata de apenas 20.000 doses. A alternativa seria acionar os canais de interlocução com Rocha Lagoa, então Ministro da Saúde do Brasil:

Entrar em contato com a Embaixada de Portugal no Rio de Janeiro que contactará com o Ministro da Saúde, Prof. Rocha Lagoa, (ex-diretor do Instituto Oswaldo Cruz) – amigo de Portugal e já condecorado pelo Governo Português – que poderá

fornecer 1.000 ampolas (200.000 doses) de vacina antiamarilica, que a Embaixada despachará por via aérea para Luanda (Ministério do Ultramar, 1971, pp. 1-2).

O pedido surtiu efeito. Entre março e agosto de 1971, o Instituto Oswaldo Cruz enviou para Angola, em voos com escala em Lisboa, 3,9 milhões de doses da vacina contra a febre amarela, das quais 3,6 milhões foram vendidas e 300.000 doadas. Além disso, 75.000 doses seguiram para São Tomé e Príncipe, província que importava trabalhadores braçais angolanos (Vacinações antiamarilicas, 1971). No total, o Brasil exportou naquele ano 3.975.000 doses, volume sem precedentes no histórico das remessas destinadas a Portugal e aos seus domínios ultramarinos. Em março, a chegada das primeiras remessas brasileiras foi noticiada pelo *Diário de Luanda*: “Já chegaram, a noite passada, mais 150.000 doses de vacinas vindas do Brasil. Depois de amanhã chegará mais 150.000” (Febre amarela em Luanda, 1971, p. 10).

A vacinação foi fundamental para conter a epidemia, que começou a diminuir em abril. Nos quatro primeiros meses de 1971, a febre amarela levou à hospitalização pelo menos 182 pessoas e provocou 58 mortes (Pinto; Filipe, 1971).

Em reconhecimento, o governo português agradeceu oficialmente às autoridades brasileiras pelo envio das vacinas:

O Ministro do Ultramar de Portugal, Sr. Joaquim da Silva Cunha, enviou carta ao Ministro Rocha Lagoa, da Saúde, agradecendo as 300 mil vacinas antiamarilicas que o Brasil mandou para Luanda, a fim de combater o surto de febre amarela ali verificada recentemente. Em nome também de Angola, o Ministro Joaquim da Silva Cunha qualificou a ajuda brasileira de “generosa e solícita” (Portugal agradece, 1971, p. 8).

O agradecimento foi noticiado em jornais do Rio de Janeiro, como *O Globo* e *A Notícia*, mas não teve repercussão nos principais periódicos portugueses, como *O Século* e o *Diário de Notícias*, tampouco no *Diário de Luanda*. Tal procedimento evidenciou a estratégia do governo português de, por um lado, preservar o bom relacionamento com Brasília por meio do reconhecimento oficial da ajuda brasileira e, por outro, evitar que a contribuição brasileira para a resolução de uma crise sanitária em Angola fosse amplamente divulgada na metrópole e no ultramar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 1949 e 1971, vacinas antiamarílicas produzidas no Brasil foram utilizadas para imunizar colonos portugueses que partiam para a África, incentivados pelo Estado Novo durante as décadas de 1950 e 1960, militares deslocados para o continente a fim de combater os anseios independentistas nos anos 1960 e 1970 e parcelas da população africana em Cabo Verde, Angola, Guiné e São Tomé e Príncipe. Embora as fontes consultadas não permitam determinar com precisão quantas doses foram efetivamente aplicadas em colonos, militares e africanos, observou-se que o acesso à vacinação contra a febre amarela era prioritário para a população de origem europeia.

O imunizante não era produzido em Portugal, e o país tornou-se dependente de fornecimentos externos. Do Brasil provinha grande parte da vacina que abasteceu os estoques do Instituto de Medicina Tropical e, para responder a epidemias de febre amarela que eclodiram nas colônias africanas, doses da vacina brasileira foram enviadas para a Guiné (60.000 em 1965) e para Angola (3,9 milhões em 1971). Durante a década de 1950, a documentação consultada não indica qualquer tentativa de influenciar decisões do governo português que pudessem atender a interesses brasileiros na África em troca da doação de vacinas. No entanto, ao longo da década de 1960, o cenário modificou-se: a guerra na África exigiu a mobilização de soldados, que precisavam ser vacinados, e no Itamaraty surgiam vozes defendendo a necessidade de o Brasil fortalecer sua presença no continente africano, especialmente em Angola. Nesse sentido, o acordo proposto pela direção do Instituto Oswaldo Cruz em 1964 condicionou o envio regular e gratuito do imunizante ao acesso de seus técnicos a Angola e Moçambique. A proposta foi ignorada pelas autoridades portuguesas e, seis anos depois, dez cientistas foram afastados do Instituto Oswaldo Cruz. Embora o acordo não tenha sido firmado, a epidemia de febre amarela em Luanda evidenciou a dependência portuguesa na importação de vacinas e constituiu uma oportunidade para que a ajuda brasileira se configurasse como um elemento relevante na assistência à população local. Os documentos consultados não permitiram elucidar eventuais ganhos obtidos pelo Brasil em benefício de seus interesses no continente africano em troca do envio dos imunizantes, mas indicam que as remessas continuaram mesmo após o término do domínio colonial português. Em 1975, ano da independência de Angola, o Instituto Oswaldo Cruz enviou gratuitamente 200.000 doses da vacina e, no ano seguinte, mais 100.000 doses. Novos estudos poderão contribuir para aprofundar a compreensão sobre a importância da diplomacia das vacinas nas

relações entre Brasil e os países africanos, especialmente aqueles de língua oficial portuguesa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Tiago José. *A guerra fria lusófona: o Brasil e o colonialismo português em Angola e Moçambique (1961-1974)*. Curitiba: Editora Appris, 2022.
- ANEXO À CARTA VFA.45/66, de 10-6-66 à RSPA; Departamento de Arquivo e Documentação; Fundo Bio-Manguinhos; notação 08.05.01/08.00.01. Rio de Janeiro (Casa de Oswaldo Cruz – CDHS). 1966.
- ANGOLA ESTÁ A VENCER a batalha contra a febre amarela. *Diário de Luanda*. Luanda, p. 6, 25 mar. 1971.
- ANTUNES, Waldemar. Ofício SFA. 67. Fornecimento vacina antiamarílica; Departamento de Arquivo e Documentação; Fundo Bio-Manguinhos, notação 08.05.01/08.00.01. Rio de Janeiro (Casa de Oswaldo Cruz – CDHS). 9 abr. 1952.
- ANTWI-BOASIAKO, Isaac. Vaccine Diplomacy Game: The Race for Soft Power. *Technological University Dublin*, 2022.
- AZEVEDO, João Fraga de et al. Resultados de um inquérito sobre febre amarela na Guiné portuguesa. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. 4, pp. 17-23, 1947.
- AZEVEDO, João Fraga de. Relatório sobre as actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1951. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. IX, n. 1, pp. 295-323, 1952.
- AZEVEDO, João Fraga de. Relatório sobre as actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1955. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. XIII, n. 1/2, pp. 218-274, mar.-jun. 1956.
- AZEVEDO, João Fraga de. Relatório sobre as actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1956. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. 14, n. 1/2, pp. 249-307, mar.-jun. 1957.
- AZEVEDO, João Fraga de. Relatório sobre as actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1959. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. XVII, n. 1/2, pp. 441-518, 1960.
- AZEVEDO, João Fraga de. A vida do Instituto de Medicina Tropical de setembro de 1943 a dezembro de 1944; fundo Ministério do Ultramar; 194, 1A, MU; Cx. 1934-1950. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 1945.
- BENCHIMOL, Jaime Larry (Org.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. Ricardo Jorge e as relações entre Portugal, Brasil e África: o caso da febre amarela. In: FIOLHAIS, Carlos; SIMÕES, Carlota; MARTINS, Décio

- (Orgs.). *História da ciência luso-brasileira*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013. pp. 229-249.
- CAMBOURNAC, Francisco. État actuel du point de vue de la fièvre jaune dans l'Angola et dans les îles de S. Thome et du Prince. Colloque sur la fièvre jaune; localização PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0679/UI12853/DC001. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 1953.
- CAMBOURNAC, Francisco. Atividades atuais dos portugueses no campo da saúde pública nas regiões tropicais. *Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical*, Lisboa, v. 1, n. 1-4, pp. 171-177, 1967.
- CAMBOURNAC, Francisco et al. Inquérito sobre febre amarela em Angola. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. XII, n. 1-2, pp. 101-120, mar.-jun. 1955.
- CAMBOURNAC, Francisco; GÂNDARA, Álvaro Franco. Inquérito sobre febre amarela em S. Tomé e Príncipe. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. 12, n. 3, pp. 293-299, 1955.
- CARVALHO, Thiago. O Brasil e o fim do império português. In: JERÓNIMO, Miguel Bandeira; PINTO, António Costa (Orgs.). *Portugal e o fim do colonialismo*: Dimensões internacionais. Lisboa: Edições 70, 2014. E-book, posições 254-298.
- CASTELO, Cláudia. “O modo português de estar no mundo”: o luso-tropicalismo e a ideologia colonial portuguesa (1933-1961). 2ª Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2011 [1999].
- CASTELO, Cláudia. *Passagens para África*: o povoamento de Angola e Moçambique com naturais da metrópole (1920-1974). Lisboa: Edições Afrontamento, 2007.
- CERVO, Amado Luiz; MAGALHÃES, José Calvet de. *Depois das caravelas*: As relações entre Portugal e Brasil, 1808-2000. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.
- CORREIA, António Peixoto. Senhor Ministro do Ultramar; Fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, Fornecimento de vacina anti-amarela às províncias ultramarinas, 1961-1967. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 5 set. 1961.
- DIREÇÃO GERAL NOS NEGÓCIOS POLÍTICOS e da Administração Interna; PT/AHD/3/MNE-MD/LEM-BRA-ERIO/S012/DC00303. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 11 abr. 1962.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE e Assistência do Ultramar; PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RNP/S0237/UI10252; epígrafe intercâmbio de médicos da província de Angola e do Brasil. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 25 set. 1964.
- ESBOÇO DE ACORDO ENTRE os governos do EE.UU. do Brasil e da República Portuguesa, para a cooperação nos domínios da pesquisa científica e da medicina tropical; Fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 1964.
- FEBRE AMARELA EM LUANDA. *Diário de Luanda*, Luanda, p. 10, 17 mar. 1971.
- FEIO, Mariano. *As causas do fracasso da colonização agrícola de Angola*. Lisboa: Ministério da Ciência e da Tecnologia, 1998.

- FERREIRA, Fernando Cruz. Correspondência com o Diretor-Geral de Saúde e Assistência do Ministério do Ultramar; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, epígrafe vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 27 abr. 1964.
- GONÇALVES, Williams da Silva. *O realismo da fraternidade Brasil-Portugal: do tratado de Amizade ao caso Delgado*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2003.
- HOOD, Robert. Exigences relatives aux mesures de quarantaine et aux certificats de vaccination; PT/AHD/3/MU-GM/GNP01-RRI/S0772/UI12344/DC003. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 21 jun. 1956.
- LAGOA, Francisco de Paula. Carta a Francisco Cambournac; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 28 abr. 1965.
- LEITE, Augusto Salazar. Actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1962. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, Lisboa, v. XX, n. 1/4, pp. 313-335, 1963.
- LEITE, Augusto Salazar. Correspondência com o Diretor Geral de Saúde e Assistência do Ultramar; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 25 mai. 1964.
- LEME, Rafael Souza Campos de Moraes. *Absurdos e milagres: um estudo sobre a política externa do lusotropicalismo (1930-1960)*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.
- LENT, Herman. *O massacre de Manguinhos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019 [1978].
- LINS, Álvaro. *Missão em Portugal*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1960.
- LÖWY, Llana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MAGALHÃES, Rodrigo César da Silva. *A erradicação do Aedes aegypti: Febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- MEIRA, Manuel Torquato Viana. *Noções de Higiene Tropical*. Lisboa: Instituto de Medicina Tropical, 1960.
- MINISTÉRIO DO ULTRAMAR. Apontamento; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_007; Cx. 6, epidemia de febre amarela. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 13 mar. 1971.
- MINISTÉRIO DO ULTRAMAR. Oferta do Instituto Oswaldo Cruz (Brasil) de vacina antiamarilica liofilizada; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 13 ago. 1962.
- MITMAN, Gregg. A Virus in the Forest: Yellow Fever, West Africa, and the Remaking of Alliances among Living Things, 1900-1950. In: SILVA, Matheus Alves Duarte da; LYNTERIS, Christos (Orgs.). *Rural Disease Knowledge: Anthropological and Historical Perspectives*. London and New York: Routledge, 2025. pp. 145-172.

- NOGUEIRA, Franco Alberto. *Um político confessa-se (Diário: 1960-1968)*. 3ª Ed. Barcelos: Companhia Editora do Minho, 1987 [1986].
- NUNES, José Pereira. Febre amarela em Luanda, *Revista Médica de Angola*, Luanda, separata, 1971.
- PENNA, Henrique de Azevedo. Carta ao Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; PT/AHD/3/MNE-MD/LEM-BRA-ERIO/S034/DC00106. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 26 jun. 1962.
- PIMENTA, Fernando Tavares. Transformações económico-sociais das sociedades coloniais. In: OLIVEIRA, Pedro Aires; BORGES, João Vieira (Coords.). *Crepúsculo do império: Portugal e as guerras de descolonização*. Lisboa: Bertrand Editora, 2024. pp. 219-260.
- PINOTTI, Mário. *Vida e morte do brasileiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1959.
- PINTO, Manuel Reimão. A febre amarela na província da Guiné; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_007; Cx. 10, pasta IMT missões de endemias/Guiné. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 1965.
- PINTO, Manuel Reimão; FILIPE, Armino. The Yellow Fever Epidemic in Luanda in 1971. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Paris, v. 64, n. 5, pp. 708-710, 1971.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1950-1951*. Lisboa: Tipografia Portuguesa, 1952.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1952*. Lisboa: Tipografia Portuguesa, 1953.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1953*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1955.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1954*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1956.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1955*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1957.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1956*. Lisboa: Tipografia Portuguesa, 1957.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1957*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1958.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1958*. Lisboa: Bertrand, 1959.
- PORTUGAL. *Anuário estatístico do ultramar de 1959*. Lisboa: Bertrand, 1960.
- PORTUGAL agradece. *O Globo*. Rio de Janeiro, p. 8, 08 abr. 1971.
- RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DO LABORATÓRIO de vacina antiamarílica; Departamento de Arquivo e Documentação; Fundo Bio-Manguinhos; 08.05.01/02.00.04. Rio de Janeiro (Casa de Oswaldo Cruz – CDHC). 1949-1976.
- RELATÓRIO SOBRE AS ATIVIDADES do Instituto de Medicina Tropical; localização Série MU_DGSA_RSH_013; Cx. 5. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 1946.

- SILVA, Ewerton Luiz Figueiredo Moura da; MOTA, André. O instituto de medicina tropical de São Paulo: marcas de sua criação, 1940-1959. *Interface*, Botucatu, v. 24, pp. 1-13, 2020.
- SILVA, Joaquim Ferreira. Senhor Governador da província da Guiné; Fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, Fornecimento de vacina antiamarilica às províncias ultramarinas, 1961-1967. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 13 dez. 1961.
- SILVA, Joaquim Ferreira. Correspondência para o Diretor do Gabinete nos Negócios Políticos; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 18 mar. 1964a.
- SILVA, Joaquim Ferreira. Ofício da DGSA à Direção Geral de Fazenda; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 16 ago. 1965.
- SILVA, Joaquim Ferreira. Sobre uma carta dirigida ao signatário pelo Diretor do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro; Fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, vacinas. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 27 out. 1964b.
- SOUSA, Pedro Marquês. A guerra em números. In: OLIVEIRA, Pedro Aires; BORGES, João Vieira (Coords.). *Crepúsculo do império: Portugal e as guerras de descolonização*. Lisboa: Bertrand Editora, 2024. pp. 535-556.
- UNITED NATIONS. General Assembly. Resolution 2184. 1966. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/203283?ln=es>. Acesso em: 09 set. 2025.
- UNITED NATIONS. General Assembly. Resolution 2395. 1968. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/202689?ln=es&v=pdf>. Acesso em: 09 set. 2025.
- VACINA ANTIAMARÍLICA; PT/AHD/3/MNE-MD/LEM-BRA-ERIO/S034/DC00106; pasta processo 31/cópias gerais; Embaixada de Portugal no Rio de Janeiro. Lisboa (Arquivo Histórico Diplomático – AHD). 27 jul. 1962.
- VACINAÇÕES ANTIAMARÍLICAS; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_007; Cx. 6, pasta Epidemia de febre amarela. Lisboa (Arquivo Histórico Ultramarino – AHU). 1971.
- VIDIGAL, Carlos Eduardo. Autonomia, universalismo e sul-americanização (1961-1989). In: DORATIOTO, Francisco; VIDIGAL, Carlos Eduardo (Orgs.). *História das relações internacionais do Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021 [2014]. E-Book, posições 157-217.
- VIEIRA, Jorge Carlos de Mello. De harmonia com os despachos; fundo Ministério do Ultramar; MU_DGSA_RSH_013; Cx. 4, pasta vacinas. Lisboa (AHU – Arquivo Histórico Ultramarino). 1964.

NOTAS

¹ Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo n. 2023/04027-2).

² Os testes de proteção em camundongos brancos foram amplamente utilizados para estudar a distribuição da imunidade contra a febre amarela, contribuindo para a delimitação das áreas endêmicas da doença. O procedimento consistia em misturar o vírus causador da doença com o soro de indivíduos residentes em regiões onde casos de febre amarela haviam sido reportados. Em seguida, inoculava-se a mistura, por via intracerebral, em camundongos brancos. Se os animais não desenvolvessem encefalite e sobrevivessem à infecção, concluía-se que o soro continha anticorpos neutralizantes – o que indicava que o doador havia tido contato prévio com o vírus e sobrevivido à doença. A morte dos camundongos, por outro lado, significava a ausência desses anticorpos, sugerindo que o indivíduo não havia sido exposto ao agente causador da doença (Magalhães, 2016).

³ Até meados da década de 1930, a febre amarela era compreendida como uma doença urbana, transmitida essencialmente pelo *Aedes aegypti*. Contudo, o conhecimento sobre as formas de transmissão da doença se complexificou com a descoberta do papel de mosquitos do gênero *Haemagogus*, que habitavam a copa das árvores e picavam os primatas, na transmissão do vírus a seres humanos que penetravam nas matas. A descrição da chamada febre amarela silvestre apontou para a impossibilidade de eliminar todos os potenciais vetores responsáveis pela transmissão do vírus (Benchimol, 2013).

Declaração de disponibilidade de dados:
Os dados de pesquisa estão disponíveis
no corpo do documento.
Editor responsável: César Augusto Bulboz Queirós.

Artigo submetido em 19 de setembro de 2025.
Aprovado em 04 de novembro de 2025.

